

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

SEPTIÈME SÉRIE — TOME DIX-NEUVIÈME

CINQUANTE-DEUXIÈME ANNÉE



90152

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1894

90152

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS


Psychologie.

EDGARD POË

ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE MORBIDE

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours).

I

Après les biographies de Baudelaire, de Hennequin, de Griswold, d'Ingram, et autres auteurs, il serait hors de propos de vouloir retracer à nouveau la vie du romancier américain Edgar Poë. Notre but, plus restreint, est d'étudier le poète sous un point de vue peu connu. Nous voulons rechercher l'état psychologique, véritablement morbide, qui a inspiré le plus grand nombre de ses œuvres, et montrer que le fantastique qui éclate à chaque page de ses contes est une conséquence naturelle de ce qu'il a appelé lui-même sa « névrose constitutionnelle et héréditaire ». Mais avant d'aller plus loin, il nous faut tout d'abord dire un mot de l'hérédité mor-

bide qui plane et domine la vie psychique d'Edgar Poë. L'étude de cette hérédité viendra jeter un jour nouveau sur certains faits de nature bizarre qui, jusqu'à présent, avaient passé inaperçus ou n'avaient reçu qu'une explication insuffisante.

Comme la nature physique, la nature morale a ses anomalies, et tel individu est incomplet au moral comme il peut l'être au physique. Or, l'hérédité morale est constatée chaque jour par de nombreuses observations. Si on interroge les circonstances, si on examine avec soin la vie d'un homme, on arrive presque toujours à reconnaître l'existence d'un état congénital : une sœur, un frère, un oncle, une tante... ont été aliénés.

Les parents directs, *genitores*, aliénés ou simplement bizarres, excentriques, extravagants, portés d'inclination vers ce que les arts, les sciences ont de plus relevé, ou bien entraînés vers les penchants vils, crapuleux, engendrent généralement des enfants prédisposés aux mêmes genres de passions.

Mais, à côté de cette hérédité directe, il y a une autre hérédité dont le rôle n'est pas moins important, bien qu'elle ne s'impose pas au premier abord avec autant d'énergie : nous voulons parler de l'hérédité transformée.

L'affection dont étaient atteints les *ascendants* peut, en passant à une autre génération, revêtir une forme nouvelle. Aussi les parents peuvent très bien ne pas avoir été aliénés et avoir transmis une simple prédisposition héréditaire qui s'accroît, s'accumule de génération en génération, et finit par revêtir la véritable forme de l'aliénation. Les enfants des phtisiques, pour prendre un exemple, ne deviennent pas fatalement et forcément phtisiques. Seulement, ils ont hérité d'un système nerveux plus impressionnable, d'un appareil pulmonaire plus apte à contracter la maladie; les causes les plus

variées peuvent agir sur eux et produire des effets qu'elles ne produiront pas chez ceux qui n'ont pas reçu ce fatal héritage. Ce n'est pas une idée nouvelle que celle de la transformation des maladies par voie d'hérédité, et l'un de plus brillants professeurs de l'École de Paris, le D^r Piorry, dans sa thèse de concours, résume en peu de mots les idées émises par ses devanciers. « On admet généralement que certaines affections dont les parents étaient atteints, peuvent se transporter des pères aux enfants en *prenant une forme nouvelle*, en se modifiant de telle sorte qu'elles offrent chez les seconds un aspect tout différent de celui qu'elles avaient chez les premiers. »

Pour nous, nous croyons devoir faire la part la plus large à l'hérédité, et, fort de l'appui des auteurs les plus compétents en pareille matière, nous affirmons que des altérations organiques diverses peuvent donner lieu chez les descendants à des maladies nerveuses, amener une véritable défectuosité morale. Grâce à l'hérédité ainsi comprise, les faits qui, par leur nature, leur mobile, paraissent incompréhensibles, recevront une explication aussi naturelle que satisfaisante.

Si on recherche quels furent les autécédents héréditaires d'Edgar Poë, on est douloureusement frappé de la terrible hérédité qui a présidé à sa destinée.

Au commencement de 1811, son père, David Poë, fut enlevé par une phtisie galopante à l'âge de vingt-cinq ans, et, à la fin de la même année, sa mère mourut aussi et du même mal.

Des trois enfants qui naquirent de l'union de David Poë et d'Elisabeth Arnold, aucun n'échappa à la loi de l'hérédité; aucun, il est vrai, ne fut atteint de la maladie qui enleva les père et mère, mais chacun subit dans toute son énergie le phénomène de la transformation.

L'aîné, Léonard, recueilli à la mort de sa mère par

ses grands-parents, mourut à vingt ans, après une vie d'excès de tous genres.

Le second, Edgard, fait le sujet de cette étude, et le troisième enfant, une fille, Rosalie, enfant posthume, presque idiote, mourut, en 1854, dans une institution charitable.

En présence de pareils faits, on ne peut songer à nier l'influence fâcheuse qui pesait sur Poë. Instinctivement, ses biographes cherchent une excuse, une cause plausible qui puisse expliquer les désordres de son esprit. Hennequin, entre autres, signale le fait suivant et paraît y attacher une grande importance.

« Il est curieux et *significatif*, dit-il, de savoir que, quelques mois avant sa naissance, le 18 avril 1808, David et Elisabeth Poë jonaient à New-York les *Bri-gands* de Schiller; M^{me} Poë remplissait le rôle d'Amélie. Le choix de cette pièce excessive, pleine de toutes les horreurs romantiques, avait dû beaucoup préoccuper les Poë, qui la donnaient à leur bénéfice dans un moment d'embarras pécuniaire, et put contribuer à déterminer la névrose dont leur fils souffrit toute sa vie. »

Certes cette cause peut avoir eu une certaine influence, mais il ne faut pas oublier qu'elle n'était ni la seule, ni la principale. Peut-on raisonnablement admettre, en effet, que des gens dont le métier est de jouer à la scène les drames les plus noirs puissent à ce point être émotionnés par une pièce, pour que leur enfant encore à naître en reçoive un contre-coup aussi terrible? En admettant même que cette cause ait eu une influence sur Edgar Poë, comment expliquer la débauche innée, les instincts dépravés du fils aîné? l'idiotie de la fille? Non, ici comme toujours, l'hérédité de la nature physique domine la scène; l'exemple que nous donnent les enfants de David Poë, vient une fois de plus affirmer la relation évidente entre les affections de poitrine et les affections

cérébrales, et prouver la loi immuable de la transformation héréditaire.

II

Né en 1809, Edgar Poë fut de très bonne heure laissé orphelin et adopté par un riche négociant, Allan, qui n'avait pas d'enfants. Si dès sa plus grande jeunesse il se fit remarquer non seulement par une intelligence quasi merveilleuse, par une précocité singulière, une facilité étrange à retenir et à déclamer les vers, et aussi, suivant l'expression de Bandelaire, par une abondance presque sinistre de passions, par des connaissances en histoire et littérature au-dessus de son âge, il était en revanche, ainsi qu'on l'observe chez tous les enfants prodiges, en retard sur beaucoup de choses. Notons encore son aptitude singulière pour les sciences mathématiques et physiques, fait important pour nous, car il nous explique l'étrangeté de plusieurs de ses contes où il fait intervenir l'élément scientifique.

Son caractère bizarre et, disons-le, mal équilibré, son humeur batailleuse, lui faisaient rechercher les aventures. C'est ainsi que nous le voyons, prenant fait et cause pour les Hellènes, aller combattre les Turcs. Que devint-il en Orient ? Nul ne le sait, il a emporté avec lui le secret de son séjour en Europe. Revenu en Amérique en 1829, il entra à l'École militaire de West-Point ; mais son caractère indisciplinable ne pouvait subir les règlements ; il parvint, en négligeant les cours, les appels, les revues, à se faire rayer des cadres de l'École.

Peu de temps après avoir quitté Richmond, parut sa première publication de poésies. « Il y a déjà là, dans ce volume, dit Bandelaire, l'accent extra-terrestre, le calme dans la mélancolie, la solennité délicate, l'expérience précoce, j'allais, je crois, dire *expérience innée*,

qui caractérise les vrais poètes. » Observation d'une étonnante justesse, dont Baudelaire a pressenti le caractère étrange ; mais il n'a pas su donner et il ne pouvait pas en trouver une explication qui le satisfît. Or, cette *expérience innée* n'était en réalité qu'une conséquence rigoureusement logique et naturelle de l'action de l'hérédité et du caractère éminemment névropathique de Poë ; jamais une intelligence qui, pour produire, a besoin d'être soutenue, sollicitée sans cesse, ne s'élèvera au niveau d'un esprit naturel. La volonté, la passion peuvent faire éclore le talent, jamais elles n'enfantent ces grandes choses dont le *génie* seul est capable, le génie, dont le propre est de prendre feu sous le choc le plus léger, le motif le plus insignifiant, en apparence.

Après bien des péripéties, Edgar Poë mourait littéralement de faim et de misère quand il gagna, avec son *Scarabée d'or*, un prix fondé par une revue en faveur du meilleur conte et de la meilleure poésie. Ce fut l'origine de ses relations avec Th. White qui créait à Richmond le *Southern literary Messenger*. M. White était un homme d'audace, mais sans talent littéraire ; il lui fallait un aide, ce fut Poë... A vingt-deux ans, celui-ci se trouva donc directeur d'une revue dont la destinée reposait sur lui, et dont le succès dépassa ses prévisions ; et, aven important pour nous, le *Southern literary Messenger* a reconnu que c'était à cet *excentrique maudit*, à cet *ivrogne incorrigible*, qu'il devait sa notoriété. Cependant, malgré les services rendus à son journal, M. White se brouilla avec son secrétaire au bout de deux ans, et la raison se trouve évidemment dans les accès d'hypocondrie et les crises de dipsomanie du poète.

Dès lors, Poë erra d'une ville à une autre, écrivant des articles, collaborant à diverses revues, traitant indifféremment et avec la même aptitude les articles de critique, de philosophie, des contes pleins de magie qui

paraissent réunis sous le titre de *Tales of the grotesque and the arabesque*, titre remarquable et intentionnel, car les ornements grotesques et arabesques repoussent la figure humaine et prouvent une fois de plus que la littérature de Poë est, suivant l'expression de Baudelaire, *extra* ou *supra* humaine.

Cependant il vivait toujours dans une misère absolue ; peu de temps avant la mort de sa femme, il subit les premières atteintes du *delirium tremens*.

Quelques années après, dans une lettre, il raconte ainsi la cause qui le poussa à chercher dans l'alcool l'oubli de ses maux : « Vous me dites : — Pouvez-vous m'indiquer quel a été le terrible malheur qui a causé vos déplorables irrégularités de conduite ? — Oui, je peux faire plus que vous l'indiquer. Ce malheur a été le plus grand qui puisse accabler un homme. . . .

« Il y a six ans, ma femme que j'aimais comme jamais aucun homme n'a aimé auparavant, se rompit, pendant qu'elle chantait, un vaisseau de sang. On désespéra de sa vie, je pris congé d'elle à jamais et subis toutes les agonies de la mort. Elle se remit cependant, partiellement, et je me repris à espérer.

« Au bout d'une année, le vaisseau se rompit de nouveau, je passai précisément par les mêmes souffrances ; puis encore une fois, et encore une fois, et encore une fois, à divers intervalles. (Et à chacune je traversai les agonies de la mort, et à chaque reprise de son mal je l'aimai plus chèrement et m'attachai à sa vie avec une obstination plus désespérée. Mais je suis excitable de constitution, nerveux à un point extrême, je devins fou avec des intervalles d'horrible lucidité. *Pendant ces accès d'inconscience absolue, je bus. Dieu seul sait combien souvent ! Comme de juste, mes ennemis rapportèrent ma folie à mon ivresse, et non pas mon ivresse à ma folie.*) J'avais, en vérité, abandonné toute idée de salut, quand je le

trouvai dans la mort de ma femme. Cette mort, je puis la supporter, et je la supporte comme un homme. C'était l'horrible et permanente oscillation entre l'espérance et le désespoir que je n'aurais pu endurer plus longtemps sans perdre la raison. Dans la mort de ce qui était ma vie je repris une existence nouvelle, mais, ô Dieu ! combien triste ! »

Cette lettre constitue une observation remarquable ; Poë y analyse avec un esprit profond les causes véritables de sa maladie. Il n'hésite pas à reconnaître que, pour une nature aussi nerveuse que la sienne, les événements prennent des proportions effrayantes. Il lutte avec énergie, il résiste de longs mois grâce à une surexcitation malade, mais à la fin il succombe et, pour se donner du courage ou pour oublier, il boit ; il boit non pas comme un vulgaire ivrogne, mais comme un véritable malade ; sa crise passée, il lui est impossible de retrouver le moindre souvenir des événements qui se sont déroulés dans son esprit. Pendant combien de temps a-t-il été sous l'influence de l'alcool ? il l'ignore absolument. Oui, il a jugé sainement sa position quand il a dit : « Mon ivresse est causée par la folie, et non ma folie par mon ivresse. »

Dans cette phrase est contenue la différence capitale qui distingue le dipsomane de l'alcoolique ; le dipsomane est un malade qui a droit à toute notre sollicitude ; l'alcoolique est un vicieux, un dépravé qui devient fou volontairement.

La dipsomanie, en effet, est une monomanie instinctive qui consiste en un besoin irrésistible de boire des liqueurs alcooliques. Le dipsomane sent venir l'accès et, tout en déplorant son impuissance à surmonter ce besoin maladif, il ne cesse de boire que lorsque l'accès est passé, ou lorsque son entourage met fin à ses excès par un isolement forcé. Rien d'ailleurs ne l'arrête ; quand l'ar-

gent est épuisé, il vend, pour boire, tout ce qui lui tombe sous la main. Celui qui a encore sur lui-même un certain empire se livre à mille ruses pour dissimuler et pour satisfaire son besoin ; il se renferme, s'isole, et, s'il ne peut se procurer de l'eau-de-vie, il boit de l'eau de Cologne ou tout autre mélange alcoolique qu'il peut trouver. Il le fait pendant des semaines, des mois, presque sans manger ; l'accès se termine par un sommeil lourd et prolongé. Le malade redevient sobre, travailleur, jusqu'à l'arrivée d'un nouvel accès. Parfois il conserve assez longtemps la plénitude de ses facultés intellectuelles, car il semble avoir une tolérance spéciale. Parfois, au contraire, il finit par succomber aux accidents résultant de l'abus des boissons alcooliques.

Cet état pathologique nous explique comment Poë put, pendant un certain temps, résister à la tentation de boire et même se faire admettre dans une société de tempérance. L'accès passé, il avait recouvré la plénitude de ses facultés intellectuelles. Mais un jour, sous l'influence de nouveaux soucis, ses idées tristes, mélancoliques, le reprennent ; alors, malgré lui, irrésistiblement, il est entraîné à commettre de nouveaux excès en recourant à son dispensateur habituel des forces morales, à l'alcool.

Il se remit encore une fois de cet accès, mais ses facultés n'en sortirent pas indemmes : son inspiration merveilleuse s'assombrit ; le travail lui devint pénible, il dut rester quelque temps au repos le plus absolu. Mais la misère le poursuivait et il fallut reprendre la plume. Il écrivit quelques articles dans diverses revues et parvint ainsi à gagner de quoi vivre. Il se retira à la campagne où, malgré le calme et la tranquillité, il succomba de nouveau à ses « idées noires ». Alors son énervement, ses inquiétudes le poussèrent de nouveau à recourir à la boisson. Dès lors plus d'occupations régu-

lières ; quelquefois, à bâtons rompus, quelques contes ou quelque pièces de poésie sortent de son cerveau en proie à de perpétuelles hallucinations. (Il eut même dans les dernières années de sa vie un accès de délire aigu franc.)

Dans un de ses moments de calme et de lucidité, il se décida à revoir les principales villes de Virginie, et Richmond reçut, dans ses murs, celui qu'elle avait connu dans sa jeunesse. « Tous ceux, dit Baudelaire, qui n'avaient pas vu Poë depuis les jours de son obscurité accoururent en foule pour contempler leur illustre compatriote. Dans une conférence qu'il fit, il choisit un thème aussi large qu'élevé, le *Principe de la poésie* et il le développa avec une lucidité extraordinaire. Il croyait, en vrai poète qu'il était, que le but de la poésie est de même nature que son principe, et qu'elle ne doit pas avoir en vue autre chose qu'elle-même.

« Le bel accueil qu'on lui fit inonda son pauvre cœur d'orgueil et de joie ; il se montrait tellement enchanté qu'il parlait de s'établir définitivement à Richmond et de finir sa vie dans les lieux que son enfance lui avaient rendus chers. Cependant il avait affaire à New-York et il partit le 4 octobre, se plaignant de frissons et de faiblesses. Se sentant toujours assez mal en arrivant à Baltimore, le 6 au soir, il fit porter ses bagages à l'embarcadère d'où il devait se diriger sur Philadelphie, et entra dans une taverne pour y prendre un excitant quelconque. Là, malheureusement, il rencontra de vieilles connaissances et s'attarda. Le lendemain matin dans les pâles ténèbres du petit jour, un cadavre fut trouvé sur la voie, — est-ce ainsi qu'il faut dire? — Non, un corps vivant encore, mais que la mort avait déjà marqué de sa royale estampille. Sur ce corps, dont on ignorait le nom, on ne trouva ni papier, ni argent, et on le porta dans un hôpital. C'est là que mourut Poë le soir même du dimanche 7 octobre 1849, à l'âge de

trente-sept ans, vaincu par le *delirium tremens*, ce terrible visiteur qui avait déjà hanté son cerveau une ou deux fois. Ainsi disparut de ce monde un des plus grands héros littéraires, l'homme de génie qui avait écrit dans le *Chat Noir* ces mots fatidiques : « *Quelle maladie est comparable à l'alcool !* »

III

Dans la plupart de ses *Contes extraordinaires*, nous retrouvons la trace manifeste de ce délire alcoolique qui le tint sous sa domination ; lorsqu'il composait, les créations de son imagination prenaient parfois les proportions de véritables hallucinations et il traduisait fidèlement les visions qui assiégeaient son esprit.

Mais pour bien montrer la similitude, la parfaite analogie du délire alcoolique et des contes écrits sous son empire, nous allons donner un rapide aperçu du délire pathognomonique de l'intoxication par l'alcool.

Dans l'alcoolisme, la surexcitation des facultés suit une marche ascendante.

Tout d'abord, les fonctions cérébrales s'exécutent avec plus d'énergie et produisent un sentiment de bien-être, de la loquacité, et une succession rapide et un peu confuse dans les idées ; c'est alors que chaque individu, devenu plus expansif, fait ses confidences et révèle ses tendances et son caractère ; l'homme porté à la tristesse, a le vin sombre et mélancolique ; celui qui est irritable, devient violent, frappe et brise. Tel autre, au contraire, est bienveillant, tendre et embrasse tous ceux qui l'entourent.

Dans la deuxième période, il n'y a plus seulement exaltation, mais encore perturbation des fonctions cérébrales. Les idées se succèdent si rapidement qu'elles deviennent incohérentes ; il y a de l'obtusion et des illu-

sions des sens ; la vue devient confuse et quelquefois double ; l'ouïe est le siège de tintements et de bourdonnements ; le sujet prend une fenêtre pour une porte, une saveur pour une autre, et bientôt il est en proie à un délire complet qui lui enlève toute conscience de ses actes et de ses paroles. La sensibilité générale est tellement obtuse que les coups et les blessures ne déterminent aucune douleur.

La troisième enfin est caractérisée par un sommeil comateux qui se prolonge pendant plusieurs heures et sert de crise à l'accès. A une période extrême, l'alcoolisme peut aboutir au *delirium tremens*, à la folie alcoolique aigüe qui revêt soit la forme maniaque, soit la forme mélancolique.

Dans l'alcoolisme, et ici c'est un fait particulièrement intéressant, les hallucinations ont un caractère spécial : elles sont de nature terrifiante. Les malades se voient entourés d'animaux monstrueux, le plus ordinairement de nature immonde, des araignées, des rats, des serpents ou bien des chats, des chiens, des chevaux noirs, etc. Parfois, ils voient des ennemis, à eux parfaitement inconnus d'ailleurs, se glisser sous leur lit, ramper sous les couvertures ; ils aperçoivent des cadavres lacérés, et, pendant la nuit, s'ils viennent à sommeiller un instant, ils se réveillent entourés de flammes et en proie à une terreur indicible. Au milieu de ces accès de panopobie, ceux-ci s'enfuient par la première issue qui se présente à eux ; ceux-là s'arment précipitamment, se jettent en furieux sur leurs fantômes ou sur le premier objet qu'ils rencontrent. Chez d'autres enfin, les hallucinations déterminent un état de stupeur et de prostration caractéristiques : immobiles, hébétés, incapables de répondre et d'agir, offrant sur leurs traits l'empreinte de la frayeur qui les domine, ils ne sortent de cet état que pour faire quelque tentative de suicide. Lorsque, à force d'ins-

tances, on parvient à leur arracher quelques mots, on constate bien vite qu'ils sont en proie à une profonde terreur, que les idées hypocondriaques se mêlent à leur délire : on va les fusiller, les guillotiner, on les a pendus, leur tête a été séparée du corps, ils sont morts..., etc.

Ces données générales des principaux phénomènes qui caractérisent le délire dû à l'intoxication alcoolique, vont nous permettre d'étudier comparativement quelques passages des *Contes et histoires extraordinaires* de Poë, mis en parallèle d'observations purement médicales du délire alcoolique. Il est facile de voir qu'entre les deux, il n'y a aucune différence, aucun signe de démarcation possible.

IV

Aucun homme n'a su raconter avec autant de magie ces histoires sombres, lugubres, souvent même effrayantes, dans lesquelles Poë se complaisait. Personne n'a su analyser comme lui l'hallucination, laissant d'abord place au doute, bientôt conyaincue et raisonneuse comme un livre, l'absurde s'installant dans l'intelligence et la gouvernant avec une épouvantable logique, — l'hystérie, dit Bandelaire, usurpant la place de la volonté, la contradiction établie entre les nerfs et l'esprit, et l'homme désaccordé au point d'exprimer la douleur par le rire. Il analyse ce qu'il y a de plus fugitif, il soupèse l'impondérable et décrit, avec cette manière minutieuse et scientifique dont les effets sont terribles, tout cet imaginaire qui flotte autour de l'homme nerveux et le conduit à mal.

La maladie a aiguisé ses sens, elle ne les a pas détruits, elle ne les a pas émoussés.

Puissant et merveilleux observateur, il nous fait

assister à la genèse de l'*idée fixe*, de cette idée qui, d'abord vague et fugitive, finit par s'imposer avec énergie à l'esprit subjugué.

A la suite de machinations diaboliques, il parvint à empoisonner le vieillard qui, trouvé mort dans son lit, fut par verdict du coroner, déclaré *mort par la visitation de Dieu* (1).

« J'héritai de sa fortune, et tout alla pour le mieux pendant plusieurs années. L'idée d'une révélation n'entra pas une seule fois dans ma cervelle. Quant aux restes de la fatale bougie (2), je les avais moi-même anéantis. Je n'avais pas laissé l'ombre d'un fil qui pût servir à me convaincre ou même à me faire soupçonner d'un crime. On ne saurait concevoir quel magnifique sentiment de satisfaction s'élevait dans mon sein quand je réfléchissais sur mon absolue sécurité. Pendant une très longue période de temps, je m'accoutumai à me délecter dans ce sentiment. Il me donnait un plus réel plaisir que tous les bénéfices purement matériels résultant de mon crime. Mais à la longue, arriva une époque à partir de laquelle le sentiment de plaisir se transformâ, par une gradation presque imperceptible, en une pensée qui me hantait et me harassait.

« Elle me harassait parce qu'elle me hantait. A peine pouvais-je m'en délivrer pour un instant. C'est une chose tout à fait ordinaire que d'avoir les oreilles fatiguées, ou plutôt la mémoire obsédée par une espèce de tintouin, par le refrain vulgaire ou par quelques lambeaux insignifiants d'opéra. Et la torture ne sera pas moindre, si la chanson est bonne en elle-même ou si l'air d'opéra est estimable. C'est ainsi qu'à la fin je me

(1) Formule anglaise : *mort subite*.

(2) L'empoisonnement avait eu lieu à l'aide d'une bougie imprégnée de substances délétères.

surprenais sans cesse rêvant à ma sécurité et répétant cette phrase à voix basse : *Je suis sauvé*.

(« Un jour, tout en flânant dans les rues, je me suis surpris moi-même à murmurer, presque à haute voix, ces syllabes accoutumées. Dans un accès de pétulance je les exprimais sous cette forme nouvelle : *Je suis sauvé, — je suis sauvé, — oui, — pourvu que je ne sois pas assez sot pour confesser moi-même mon cas !*

« A peine avais-je prononcé ces paroles, que je sentis un froid de glace filtrer jusqu'à mon cœur, j'avais acquis quelque expérience de ces accès de perversité (dont je n'ai pas sans peine expliqué la nature) et je me rappelais fort bien que, dans aucun cas, je n'avais su résister à ces victorieuses attaques. Et maintenant, cette suggestion fortuite, venant de moi-même, — que je pourrais bien être assez sot pour confesser le meurtre dont je m'étais rendu coupable, — me confrontait comme l'ombre même de celui que j'avais assassiné, — et m'ap-
pelait vers la mort.)

« D'abord je fis un effort pour sortir de ce cauchemar de mon âme. Je marchai vigoureusement, plus vite, toujours plus vite; à la longue je courus. J'éprouvais un désir enivrant de crier de toute ma force. Chaque flot successif de ma pensée m'accablait d'une nouvelle terreur, car, hélas! je comprenais bien, trop bien, que *penser*, dans ma situation, c'était me perdre. J'accélérais encore ma course, je bondissais comme un fou à travers les rues encombrées de monde. A la longue, la populace prit l'alarme et courut après moi. Je sentis *alors* la consommation de ma destinée. Si j'avais pu m'arracher la langue, je l'eusse fait; mais une voix rude résonna dans mes oreilles, une main plus rude encore m'empoigna par l'épaule. Je me retournai, j'ouvris la bouche pour aspirer. (Pendant un moment j'éprouvais toutes les angoisses de la suffocation; je devins aveugle, sourd,

ivre ; et alors quelque démon invisible, pensai-je, me frappa dans le dos avec sa large main. Le secret si longtemps emprisonné s'élança de mon âme.

« On dit que je parlai, que je m'énonçai très distinctement, mais avec une énergie marquée et une ardente précipitation, comme si je craignais d'être interrompu avant d'avoir achevé les phrases brèves, mais grosses d'importance qui me livraient au bourreau. »

« Ayant relaté tout ce qui était nécessaire pour la pleine conviction de la justice, je tombai terrassé, évanoui..... (1) »

Comparez maintenant la description de Poë avec cette observation prise à la Salpêtrière : on y suivra la marche indiquée par le romancier, qui, lui aussi, a écrit d'après ses propres sensations, car il est impossible de les créer de toutes pièces si on ne les a pas éprouvées soi-même.

M^{me} S... entre à la Salpêtrière dans le courant de l'année 1874. Elle est en proie à une surexcitabilité nerveuse excessive qui a rendu son internement nécessaire. Il y a deux ans, M^{me} S... lisait d'une façon assez distraite un journal : ses yeux vinrent à tomber sur une histoire de chien enragé. Tout d'abord elle n'y apporta aucune attention. Quelques mois s'étaient écoulés, quand, sans savoir pourquoi, elle se reprit à penser à ce chien enragé ; peu à peu l'image de cet animal l'obsédait de plus en plus, quoi qu'elle fit pour la chasser ; puis elle est saisie par la crainte de devenir elle-même enragée. Son trouble, son anxiété sont extrêmes ; c'est en vain qu'elle « se raisonne », qu'elle cherche à se rassurer. Ni elle-même, ni les personnes auxquelles elle fait part de ses craintes absurdes ne parviennent à lui rendre la tranquillité. Ce sont alors

(1) *Le démon de la perversité*, p. 33.

des plaintes incessantes, des gémissements tels que la famille a dû se décider à se séparer d'elle et à lui faire donner des soins.

Dans un autre roman, *William Wilson*, nous trouvons une magnifique observation d'hallucinations de la vue et de l'ouïe provoquées par un abus de l'alcool :

William Wilson avait, au collège, un compagnon qui avait pris ses traits et puis « cette hargneuse et inexplicable imitation de sa démarche, de sa voix, de son costume et de ses manières ». Placé dans un autre collège, ce sosie le laissa en repos. Il était même presque entièrement oublié quand il reparut à la suite d'une orgie. « Le jeune homme m'apparut vêtu d'une robe de casimir blanc, coupée à la nouvelle mode, comme celle que je portais en ce moment)... A peine fus-je entré qu'il se précipita sur moi, et me saisissant par le bras avec un geste impératif d'impatience, me chuchota à l'oreille ces mots : William Wilson !

« Il y avait dans la manière de l'étranger, dans le tremblement nerveux de son doigt qu'il tenait levé entre mes yeux et la lumière, quelque chose qui me remplit d'un complet étonnement ; mais ce n'était pas là ce qui m'avait si violemment ému. C'était l'importance, la solennité d'admonition contenue dans cette parole singulière, basse, sifflante, et par-dessus tout, le caractère, le ton, la *clef* de ces quelques syllabes, simples, familières et toutefois mystérieusement chuchotées, qui vinrent, avec mille souvenirs accumulés des temps passés, s'abattre sur mon âme comme une décharge de pile voltaïque. Avant que j'eusse pu reconvrer mes sens, il avait disparu. »

Quoique cet événement eût produit un effet très vif sur son imagination déréglée, cependant cet effet, si vif, alla bientôt s'évanouissant. Mais de nouveaux excès ramenèrent les hallucinations. « Je fuyais en vain, dit

William, mon persécuteur était toujours à mes côtés et m'importunait sans cesse de ses chuchotements. »

Poussé à bout par ces persécutions de tous les instants, il résolut enfin à se débarrasser de cet esclavage.)

« C'était à Rome, pendant le carnaval de 18..., j'étais à un bal masqué dans le palais du duc di Broglio de Naples. *J'avais fait abus de vin encore plus que de coutume*, et l'atmosphère étouffante des salons encombrés m'irritait insupportablement. La difficulté de me frayer un passage à travers cette cohue ne contribua pas peu à exaspérer mon humeur, car je cherchais avec anxiété (je ne dirai pas pour quel motif indigne), la jeune, la joyeuse, la belle épouse du vieux et extravagant di Broglio. Avec une confiance passablement imprudente, elle m'avait confié le secret du costume qu'elle devait porter, et comme je venais de l'apercevoir au loin, j'avais hâte d'arriver jusqu'à elle. En ce moment, je sentis une main qui se posa doncement sur mon épaule, et puis cet inoubliable, ce profond, ce maudit *chuchotement* dans mon oreille !

« Pris d'une rage frénétique, je me tournai brusquement vers celui qui m'avait ainsi troublé et je le saisis violemment au collet. Il portait, comme je m'y attendais, un costume pareil au mien : un manteau espagnol de velours bleu et, autour de la taille, une ceinture cramoisie où se rattachait une rapière, un masque de soie noire recouvrait entièrement sa face.

« Misérable ! — m'écriai-je, d'une voix enrouée par la rage, et chaque syllabe qui m'échappait était un aliment pour le feu de ma colère. Misérable ! — imposteur ! scélérat maudit ! tu ne me suivras plus à la piste, tu ne me harcèleras pas jusqu'à la mort ! Suis-moi ou je t'embroche sur place !

« Et je m'ouvris un chemin de la salle de bal vers

une petite antichambre attenante, le traînant irrésistiblement avec moi.

« En entrant, je le jetai furieusement loin de moi. Il alla chanceler contre le mur ; je fermai la porte en jurant, et lui ordonnai de dégainer. Il hésita une seconde ; puis, avec un léger soupir, il tira silencieusement son épée et se mit en garde. Le combat ne fut certes pas long. J'étais exaspéré par les plus ardentes excitations de tout genre, et je me sentais dans un seul bras, l'énergie et la puissance d'une multitude. En quelques secondes, je l'acculai par la force du poignet contre la boiserie, et là, le tenant à ma discrétion, je lui plongeai, à plusieurs reprises et coup sur coup, mon épée dans la poitrine avec une férocité de brute.

« En ce moment, quelqu'un toucha à la serrure de la porte. Je me hâtai de prévenir une invasion importune et je retournai immédiatement vers mon adversaire mourant. Mais quelle langue humaine peut rendre suffisamment cet étonnement, cette horreur qui s'emparèrent de moi au spectacle que virent alors mes yeux. Le court instant pendant lequel je m'étais détourné avait suffi pour produire, en apparence, un changement matériel dans les dispositions locales, à l'autre bout de la chambre. Une vaste glace (dans mon trouble, cela m'apparut d'abord ainsi) se dressait là où je n'en avais pas vu trace auparavant ; et, comme je marchais frappé de terreur vers ce miroir, ma propre image, mais avec une face pâle et barbouillée de sang, s'avança à ma rencontre d'un pas faible et vacillant.

« C'est ainsi que la chose m'apparut, dis-je, mais telle elle n'était pas. C'était mon adversaire qui se tenait devant moi dans son agonie. Son masque et son manteau gisaient sur le parquet, là où il les avait jetés. Pas un fil dans son vêtement, pas une ligne dans toute sa figure si caractérisée et si singulière, qui ne fût *mien*,

qui ne fût *mienne*. C'était l'absolu dans l'identité.

« C'était lui, mais ne chuchotant plus ses paroles maintenant ! Si bien que j'aurais pu croire que c'était moi-même qui parlais quand il me dit :

(« Tu as vaincu et je succombe, mais dorénavant tu es mort aussi, mort au monde, au ciel et à l'espérance ! En moi tu existais, et vois dans ma mort, vois par cette image qui es la tienne, comme tu t'es radicalement assassiné toi-même ! »)

Les exemples de ce genre d'hallucination et d'illusion sont encore plus fréquents qu'on ne pourrait le croire. Il n'est pas de médecin faisant de l'aliénation une étude spéciale qui ne puisse citer de nombreux faits.

L'alcoolique vit au milieu d'un monde fantastique, il voit et entend des choses qui n'ont point de formes, et ces illusions peuvent se prolonger encore longtemps après que l'ivresse est dissipée. Chez certains buveurs, les images, au lieu d'être agréables, ont, nous l'avons déjà dit, un aspect effrayant. Le délire se ressent de ces dispositions d'esprit, les individus sont furieux et peuvent se porter à des violences. On ne peut nier que ce fût sous l'empire de sa boisson favorite que Poë écrivit ses lugubres nouvelles du *Double assassinat de la rue Morgue*, du *Chat noir*, de l'*Homme sans souffle*, du *Cœur révélateur*, etc., etc...

Ces histoires, réduites aux strictes proportions d'une observation, figureraient avec honneur au milieu des recueils pathologiques, au même titre que l'observation suivante prise au hasard parmi des milliers.

M... est un dipsomane, il ne boit que par accès. Mais, à la longue, à la suite de ses accès, son intelligence est plus lente à revenir, ses illusions persistent assez longtemps.

Dans son délire, les murs de sa chambre étaient tapissés de squelettes, de fantômes, de diables qui grim-

paient et disparaissaient. Tantôt, au contraire, ce phénomène n'avait lieu que sur une étendue qui ne dépassait pas une feuille de papier. Les objets qu'il avait devant lui se transformaient de la manière la plus étrange; ainsi il apporta à son médecin un vase et un bonnet qu'il prétendait avoir pris la forme de personnages extraordinaires, parfois même sa propre figure. Dans le délire de son esprit, il crut voir sa femme commettre sous ses yeux le plus sanglant des outrages. Cette illusion l'exaspéra; il fit entendre des paroles de mort qui déterminèrent son médecin à le faire enfermer dans une maison de santé. A son arrivée, il raconta, en tremblant, toutes les visions qui l'obsédaient : sa femme, disait-il, les avait niées, assurant qu'elles ne les voyaient pas, mais c'était pure dissimulation de sa part.

En ce moment même, il les désignait du doigt en disant : « Ne les apercevez-vous pas ? » La nuit, il cessa de se baisser pour saisir des objets de toute espèce qui sortaient du plancher. Tantôt il poussait des cris à l'aspect de figures terribles, tantôt il faisait signe à d'autres figures de s'approcher pour s'entretenir.

Il faudrait citer presque l'œuvre entière de Poë, si l'on voulait montrer à quel degré d'exaltation étaient parvenues ses facultés intellectuelles et affectives. A chaque page, on y retrouve des faits analogues à ceux que nous avons signalés; chaque page est marquée au coin de la plus franche névropathie. Mais il ne faudrait pas inférer de ce que nous disions que Poë fut un fou dans l'acception du mot. Loin de nous pareille pensée ! Poë fut fou à la façon des dipsomanes, par intermittence.

En proie au délire, il composait ces histoires terrifiantes, se jetant dans l'horrible par amour de l'horrible, dans le grotesque par amour du grotesque.

Dans ses moments de calme et de lucidité, il écrivait

ces articles si fins, si acérés et si mordants de critique, un poème philosophique, des poésies; c'est ainsi que sa femme idéale, sa Titianide, se révèle sous différents portraits éparpillés dans ses poésies trop peu nombreuses, portraits ou plutôt manière de sentir la beauté, que le tempérament de l'auteur rapproche et confond dans une unité vague, mais sensible, et où vit, plus délicatement peut-être qu'ailleurs, cet amour insatiable du beau qui, dit Baudelaire, est son grand titre, c'est-à-dire le résumé de ses titres, à l'affection et au respect des poètes.

Parmi ces poésies, et c'est par là que nous terminerons cette étude psychologique du plus remarquable, du plus fantastique romancier et poète américain, nous ne retiendrons que ces beaux vers à l'adresse de Maria Clemm, cette mère enthousiaste et dévouée :

Parce que je sens que, là-haut dans les cieux,
 Les anges, quand ils se parlent doucement à l'oreille,
 Ne trouvent pas parmi leurs termes brûlants d'amour
 D'expression plus fervente que celle de *mère*,
 Je vous ai dès longtemps justement appelée de ce grand nom,
 Vous qui êtes plus qu'une mère pour moi
 Et remplissez le sanctuaire de mon cœur, où la mort vous a
 En affranchissant l'âme de ma Virginia. [installée,
 Ma mère, ma propre mère qui mourut de bonne heure,
 N'était que ma mère, à moi; mais vous,
 Vous êtes la mère de celle que j'aimais si tendrement,
 Et ainsi vous m'êtes plus chère que la mère que j'ai connue,
 De tout un infini, — juste comme ma femme
 Était plus chère à mon âme, qu'à celle-ci sa propre essence.

Pathologie

DE

LA PEPTONURIE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par M. A. LAILLER

Pharmacien en chef à l'Asile de Quatre-Mares.

M. le D^r P. Chéron, ex-interne des hôpitaux, a publié dans le *Bulletin général de Thérapeutique* (15 et 30 juin 1892) un très substantiel travail ayant pour titre : *Les Peptones et la Peptonurie*.

Je dois dire de suite ce qui m'a engagé à signaler ce travail aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques* et ce qui a suscité les nombreuses et nouvelles expériences auxquelles je me suis livré, tout en tenant compte de mes recherches antérieures.

Je copie textuellement :

« Marro (1) a constamment trouvé des peptones dans l'urine des paralytiques généraux. L'intensité de la peptonurie lui a paru proportionnelle à celle de la maladie et à la rapidité de l'évolution de cette dernière. *Dans les cas de diagnostic douteux, l'absence de peptone dans l'urine permettrait d'écarter l'idée de paralysie générale.* »

— Ceci est significatif, et je crois que si le fait est réelle-

(1) *Giorn della R. Acad. di Med. di Torino*, janvier 1888.

ment confirmé, les médecins appelés à se prononcer sur l'existence ou non de la paralysie générale des aliénés à ses débuts, seront très heureux de trouver là un élément irréfutable de diagnostic.

Dans leur rapport au Congrès des médecins aliénistes (session de La Rochelle, 1893), rapport ayant pour titre : *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, MM. les D^{rs} Régis et Chevalier-Lavaure ont rappelé les assertions du D^r Marro dans les termes suivants :

« Marro (1) dit avoir constamment rencontré la peptonurie chez les déments paralytiques, au point qu'il fait de ce signe un caractère pour ainsi dire permanent. »

J'emprunte encore au mémoire du D^r Chéron cette citation :

« Maccabruni a étudié la peptonurie chez les aliénés. Voici les conclusions de son travail (2) :

« Les aliénés tranquilles se trouvent dans les conditions des sujets sains et ne présentent pas de peptonurie. La forme de la maladie mentale n'a aucune influence sur la fréquence du symptôme. Chez les aliénés agités, on observe, mais rarement, de la peptonurie, et chez ceux qui sont affectés d'une maladie intercurrente, on l'observe avec une certaine fréquence. La peptonurie coïncide souvent avec la fièvre ; mais ce n'est pas là une condition indispensable. La peptonurie chez les agités fait penser à une maladie latente ou à une altération des échanges consécutive à une vive agitation. La peptonurie dans les maladies intercurrentes des aliénés est relativement plus fréquente dans l'accès de la maladie

(1) Marro. Peptonurie dans la paralysie générale. (*Neurol. centralblatt*, 1888.)

(2) P. Raymond, *Gazette des Hôpitaux*, 1889, p. 695.

et dans la période de résolution, dans les processus inflammatoires aigus, gangréneux, tuberculeux, et dans les fièvres d'infection, qui altèrent profondément les échanges moléculaires. La peptonurie manque dans les urines des pellageux, chez les sitiophobes, les épileptiques, les hystériques. Elle peut être un critérium, chez les aliénés, pour mettre sur la voie d'une maladie latente. »

Je reviendrai plus loin sur les assertions du D^r Maccabruni qui, sans être complètement d'accord avec ce que j'ai observé, me paraissent devoir être prises en sérieuse considération.

Je ferai seulement remarquer ici qu'il ne mentionne nullement la paralysie générale des aliénés comme tributaire de la peptonurie.

Dans ses conclusions, M. le D^r Chéron avance, non d'après lui, mais d'après les auteurs qu'il a cités, que la peptonurie « peut aussi indiquer l'existence de suppuration chez des aliénés ou servir au diagnostic de la paralysie générale ».

Je crois qu'il est inutile d'insister davantage sur l'importance de ce dernier fait.

Le mémoire de M. le D^r Chéron est divisé en cinq chapitres. Le premier comprend la chimie des peptones ; il embrasse leur préparation, leurs caractères, leurs réactions. Ces documents se trouvent dans les traités classiques.

Le deuxième chapitre a pour titre : *Recherches des peptones dans l'urine*. Ce sujet est magistralement traité ; il présente un très grand intérêt.

En chimie organique, les faits ne se dévoilent pas généralement avec la même netteté qu'en chimie minérale. Dans un milieu complexe, comme l'urine par exemple, les réactions propres à telle ou telle substance sont parfois modifiées ou même annihilées. Dans d'autres

circonstances, ces mêmes réactions se produisent identiquement sur des substances différentes, mais ayant entre elles des liens de parenté ; on ne peut donc trop multiplier les expériences lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la présence d'un produit morbide existant en proportion minime dans des composés de nature organique.

Les procédés de recherche des peptones dans l'urine sont nombreux, très nombreux ; M. le D^r Chéron les a à peu près tous indiqués, je ne peux les reproduire, le cadre de cette note ne me le permet pas ; je peux au moins affirmer que, d'après l'énoncé qu'il en a fait et les remarques qui en ont été la conséquence, la recherche des peptones dans l'urine ne constitue pas une opération banale, les urologistes la considèrent, au contraire, comme difficile et compliquée, mon expérience personnelle corrobore leur opinion.

Une première obligation s'impose impérieusement. Avant de rechercher la peptone, il faut s'assurer si l'urine contient ou non de l'albumine ; si elle en contient, il faut l'en débarrasser entièrement, il ne faut pas qu'il en reste de traces. C'est là une des difficultés de l'opération. Il est notoirement établi que la recherche de la peptone dans l'urine suppose toujours l'absence absolue des autres albumines.

C'est dans ces conditions-là seulement que j'ai traité les urines dans lesquelles je voulais constater l'absence ou la présence des peptones.

A ce propos, je dois faire observer que je ne considère comme peptones, à proprement parler, que les produits ultimes des transformations que le suc gastrique fait subir aux substances albuminoïdes et non pas les produits intermédiaires. Si j'insiste sur cette distinction, c'est que, comme l'a avancé M. Henninger, faute de l'avoir rigoureusement appliquée, certains auteurs ont

attribué aux peptones des réactions fort différentes.

Pour déceler leur présence, j'invoque le plus souvent la réaction dite du *Biuret* ou de Piotrowski. C'est le procédé auquel je donne la préférence, il est d'ailleurs essentiellement classique ; mais je me hâte d'ajouter que, dans les cas douteux, je ne me borne jamais à ce seul essai, j'ai recours aux réactions fournies par les autres méthodes.

Il m'a paru opportun d'entrer dans ces considérations préalables.

Le troisième chapitre est consacré à la physiologie des peptones. L'auteur a dû se restreindre à l'étude de quelques points discutés. Malgré cette restriction, les opinions et les faits qu'il cite sont trop nombreux pour être résumés. Qu'il me suffise de rappeler que Gerhardt a constaté l'existence de la peptonurie dans les phlegmasies, la pneumonie, le typhus, l'intoxication phosphorée ; que ses élèves l'ont trouvée dans le mal de Bright, les affections rénales diverses, etc. ; que Maixner a recherché la peptonurie dans les urines albumineuses et non albumineuses de différents malades et que, sur 56 cas observés, il a obtenu 29 résultats positifs et 27 résultats négatifs ; que Von Jaksch a constaté la présence de la peptonurie dans 92 1/2 des cas de maladies suppuratives et inflammatoires.

J'abrège. Je signale, pour finir, que M. le professeur Bouchard a vu que, dans la dilatation de l'estomac, la peptonurie se montre habituellement dès le début de la maladie, qu'elle est fréquente et durable ; il a surtout insisté sur la peptonurie d'origine hépatique, il l'a trouvée 20 fois sur 76 malades présentant un gros foie, et le gros foie est fréquent dans la dilatation de l'estomac.

J'ai voulu par cette rapide et très incomplète revue montrer que la peptonurie se rencontre fréquemment

dans un grand nombre de cas pathologiques. J'en tirerai, plus loin, des conséquences.

Pathogénie des peptonuries. — Tel est le titre du quatrième chapitre. Je ne fais que l'énoncer. Il y a dans ce chapitre des questions de doctrine médicale que je ne peux aborder. Je me contenterai de dire qu'il me semble difficile de rattacher la pathogénie de la peptonurie chez les paralytiques généraux, si on admet qu'ils sont tous peptonuriques, à l'une des nombreuses causes invoquées par les pathologistes.

Cinquième chapitre : *Propeptonurie.* — Les propeptones sont des produits intermédiaires entre la syntonine et les peptones. En raison de ce que j'ai dit plus haut, je n'ai pas à m'occuper de ces produits, ce ne sont pas des peptones. D'ailleurs, le D^r Chéron ne leur consacre qu'un court chapitre.

J'arrive à l'exposé de mes recherches et des résultats que j'ai obtenus. Je classe par groupes les individus dans l'urine desquels j'ai recherché l'existence des peptones.

1^{er} GROUPE. — *Individus paraissant sains de corps et d'esprit.*

14 hommes, 6 femmes. — Age de 19 à 55 ans.

Hommes. — Une fois sur quatorze, j'ai constaté la présence, en très faible quantité, de la peptone. Le sujet, sans se croire malade, avait des digestions lentes, pénibles.

Femmes. — Sur les six femmes, deux étaient dans un état de grossesse. La première était enceinte de trois mois lorsque j'ai analysé ses urines. Les urines de la seconde ont été analysées dans le quatrième et dans le huitième mois de grossesse. Chez ces deux femmes en-

ceintes, pas plus que chez les quatre autres femmes, je n'ai constaté aucune trace de peptone.

En résumé, sur vingt cas paraissant être dans des conditions physiologiques, j'ai trouvé un cas de peptonurie, soit 5 p. 100.

2^e GROUPE. — *Individus non atteints de maladies mentales, mais atteints de maladies somatiques.*

25 hommes, 10 femmes.

Hommes. — Quatorze fois sur vingt-cinq j'ai trouvé l'urine peptonurique.

Femmes. — Quatre cas de peptonurie sur dix.

Soit pour les deux sexes 51,42 p. 100.

On comprend que, comme pharmacien, analysant les urines, je ne peux préciser les maladies des sujets dont le liquide urinaire est soumis à mon examen. Pourtant, parmi ces malades, je peux reconnaître ceux qui sont atteints de diabète sucré. Or, chez ceux-ci, j'ai souvent constaté l'existence passagère, il est vrai, de la peptonurie. Lorsque, dit Jaccoud, la peptonurie se montre dans le cours du diabète sucré, elle est l'indice d'une perte en azote qui, de même que la perte excessive d'urée, annonce la période grave de la maladie. Je ne crois pas que la peptonurie chez les diabétiques ait toujours une conséquence aussi grave que l'indique le savant professeur; je crois, surtout quand elle est passagère, qu'elle est due aux troubles de la digestion qui sont causés par le régime presque exclusivement protéique auquel on soumet les diabétiques. Ce qui me donne cette conviction, c'est que j'ai l'occasion d'analyser souvent l'urine d'un malade atteint de diabète maigre, de faible intensité, et je ne trouve de la peptone dans son urine que lorsque le sujet souffre de digestions lentes et pénibles.

J'ai avancé dans des publications antérieures que jamais je n'avais constaté l'existence du diabète proprement dit chez les paralytiques généraux; je suis encore, à l'heure actuelle, à trouver un cas de concomitance de ces deux maladies; néanmoins, sachant que le diabète existe en même temps que des troubles d'ordre psychique, il me paraît bon de signaler que la peptonurie se rencontre chez des diabétiques non atteints de maladies mentales, y compris la paralysie générale.

3^e GROUPE. — *Aliénés non paralytiques généraux, ne paraissant pas atteints d'affections intercurrentes, n'importe de quelle nature.*

C'est avec intention que je me sers de l'expression : *Ne paraissant pas*; tous les médecins aliénistes comprendront la cause qui m'impose cette réserve.

Sur vingt cas de manie aiguë ou avec violente agitation, j'ai trouvé huit fois de la peptonurie. Soit 40 p. 100.

Sur vingt cas de manie sans agitation, j'ai rencontré une seule fois de la peptonurie. Soit 5 p. 100.

Sur cinquante cas de lypémanie, sans distinction de forme, j'ai observé la peptonurie dans onze cas; mais ces onze cas se rapportaient à des lypémaniques inquiets, anxieux, se nourrissant insuffisamment, dormant mal, chez lesquels, en un mot, les fonctions de la vie étaient sous le coup d'une perturbation. Soit 22 p. 100.

Sur trente cas de démence sénile, je n'ai pas trouvé un cas de peptonurie.

Contrairement à l'assertion de M. Maccabruni, j'ai rencontré l'existence de la peptonurie dans l'épilepsie. En consultant mes cahiers d'observations, je constate que, sur quarante cas d'épilepsie, j'ai trouvé trois cas de peptonurie, mais c'était lorsque ces trois malades étaient dans une série d'attaques. Après des crises isolées ou

dans leur intervalle, les épileptiques m'ont paru indemnes de peptonurie.

4° GROUPE. — *Aliénés atteints de paralysie générale progressive.*

Affirmer, comme M. Marro a cru pouvoir le faire d'après ses recherches, que l'on trouve constamment des peptones dans l'urine des paralytiques généraux, c'est signaler un fait qui se passe de commentaires. Avancer que, dans cette forme d'aliénation mentale, on a trouvé tant pour cent de cas de peptonurie, comme je l'ai constaté, c'est énoncer une proposition qui demande certaines explications.

En effet, la paralysie générale revêt des formes nombreuses qui constituent des types. Les troubles intellectuels qu'on y observe sont, non seulement variés, mais quelquefois très opposés les uns aux autres. A côté du délire expansif avec idées de grandeur, de richesse, d'optimisme, etc., se trouve le délire dépressif, hypochondriaque, impulsif.

Les troubles de la vie physique sont également très variables ; ceux de la circulation et de la nutrition qui ont surtout une importance réelle sur la composition de l'urine sont, suivant les circonstances, ou unis ou peu sensibles, ou très accentués.

La marche de la maladie est loin d'être une. Au début, même pendant les premières périodes, la paralysie générale s'offre sous des aspects divers, et si, plus tard, elle est plus uniforme dans ses manifestations morbides, celles-ci se meuvent néanmoins dans un cadre nosologique relativement étendu.

L'excrétion urinaire est naturellement sous la dépendance de ces différents états ; et, vouloir généraliser ce que, dans un cas donné, l'analyse de l'urine décèle,

c'est commettre une erreur, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue clinique.

Ceci étant à mes yeux acquis, je relate que j'ai choisi dans mes relevés d'analyses 80 paralytiques généraux, dans l'urine desquels j'avais attentivement recherché la présence de la peptone. Les urines de ces 80 paralytiques ont été examinées, à des dates plus ou moins rapprochées, environ 400 fois.

J'ai constaté l'existence de la peptonurie chez 58 paralytiques, soit 72.5 p. 100 ; ce chiffre est relativement élevé, mais en examinant les conditions qui lui ont donné naissance, on reconnaît qu'il est difficile de lui accorder une valeur réelle pour aider à établir le diagnostic de paralysie générale dans les cas douteux. Il ne peut servir d'étiquette.

Effectivement, dans la période de début, qu'il s'agisse d'une des quatre variétés dans lesquelles J. Falret a classé les symptômes initiaux de la paralysie : variété congestive, variété paralytique, variété mélancolique, variété expansive, je n'ai trouvé de la peptonurie que dans 1 cas sur 9, soit 11.11 p. 100. Le malade appartenait à la variété mélancolique.

Dans ce que l'on est convenu d'appeler la période moyenne, j'ai constaté la peptonurie dans 25 cas sur 35, soit 71.42 p. 100.

Enfin, dans la période terminale, j'ai rencontré, sur 36 cas, 32 cas de peptonurie, soit 88.88 p. 100 ; et je suis convaincu que ce chiffre serait plus élevé, si les difficultés de recueillir l'urine des paralytiques généraux arrivés à la 3^e période, dans des conditions de pureté requises pour l'analyse, n'étaient pas aussi grandes.

Comme corollaire des résultats que je viens de traduire par des chiffres, je pourrais donner des observations ayant trait aux paralytiques généraux dont j'ai examiné les urines en vue de la recherche de la peptone, mais ce

serait en dehors de mes attributions et la liste en serait démesurément longue.

Je vais cependant en résumer six qui me paraissent concluantes, en ce sens surtout qu'elles ne se présentent pas avec un caractère d'exception.

A... Date de l'entrée : 16 avril 1891. — Age : quarante ans. — Paralyse générale. Première période : délire des grandeurs. Santé physique : très bonne. Pas d'affaiblissement physique; peu d'affaiblissement intellectuel. — Urine examinée le 17 avril : pas de peptone. Le 20 mai : pas de peptone.

Le 15 juin, les idées de grandeur ont disparu. Le malade semble être en rémission. Pas de peptone. — Le 20 juillet, même état. Pas de peptone. — Le 25 août, attaques épileptiformes. Traces de peptone. — Le 10 octobre, pas de peptone. — Le 6 février 1892, affaiblissement intellectuel. Pas de délire. On constate l'existence du diabète azoturique. Pas de peptone. — Le 1^{er} juillet, même état. Pas de peptone. — Le 12 décembre, l'état démentiel devient manifeste. Le diabète azoturique décroît. Traces de peptone. — Le 20 janvier 1893, la déchéance physique et intellectuelle est très prononcée; peptone manifeste.

Décès le 6 février 1893.

Chez ce malade, la peptonurie n'a pu venir en aide au diagnostic de paralyse générale, diagnostic qui, à certains moments, a été douteux. La présence de la peptone dans l'urine ne s'est manifestement présentée qu'au moment où la maladie se révélait avec tous ses caractères de déchéance, d'épuisement.

B... Entrée à l'asile le 1^{er} mars 1892. — Il vient d'une maison de santé consacrée au traitement des aliénés. Le certificat d'entrée porte que le malade est atteint de paralyse générale. Affaiblissement notable des facultés mentales. Délire orgueilleux. Excitation maniaque. Embarras de la parole. Projets insensés, etc.. Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine confirment le diagnostic.

B... est un homme de quarante ans. Très fort, vigoureux. Sa santé physique est excellente. Appétit soutenu. Digestions bonnes. Pas de constipation.

Examen de l'urine : 3 mars, 1^{er} mai, 4 septembre et 20 décembre 1892. Pas de peptone.

Le 15 février 1893, le malade commence à gâter ; la démence est complète, la santé physique se maintient. Pas de peptone. — Le 1^{er} avril, le gâtisme augmente. Traces de peptone. — Le 4 mai : Traces de peptone. Le 20 juillet, les 12 et 30 septembre, peptone manifeste.

Le malade ne garde pas le lit. Sa santé physique est apparemment bonne, mais il est évident que les fonctions de la nutrition ne s'accomplissent plus chez lui normalement.

C... Date de l'entrée : 6 mai 1893. — Age : quarante ans.

Dix-huit mois avant son entrée à l'asile de Quatre-Mares, C... a eu une fracture du rocher ayant déterminé un écoulement sanguin par la bouche et les oreilles. La fracture consolidée, C... put reprendre ses occupations, mais un accès subit d'agitation maniaque étant survenu, on fut obligé d'interner le malade dans un asile d'aliénés d'où on l'a amené à l'asile de Quatre-Mares.

A son arrivée, C... présente des signes psychiques et somatiques qui le font présumer atteint de paralysie générale, mais le diagnostic définitif n'est pas porté. Le malade se nourrit mal et il est complètement gâteux.

Son urine, le 7 mai, contenait de la peptone, elle en contenait également les 15, 20 et 25 mai.

Au commencement de juin, l'état du malade s'améliore, il ne délire plus, se nourrit suffisamment et ne gâte pas.

Le 12 juillet, son urine ne contenait plus de peptone, il en a été de même le 20 et le 25.

Le 30 juillet, C... rentre dans sa famille.

Le diagnostic de paralysie générale qui, au début, n'avait pu être catégoriquement porté, n'a trouvé dans la marche de la maladie rien qui puisse le confirmer définitivement.

Deux mois plus tard, on a des nouvelles de C... ; sa santé physique se maintient excellente. L'état mental est satisfaisant. — Est-ce une période de rémission ?

D... Date de l'entrée : 11 juin 1893. — Age : quarante-deux ans.

D'après les renseignements fournis, le début de la maladie remonterait à six mois environ et se serait manifesté surtout par l'extravagance de ses actes. Achats inconsidérés, violences à l'égard des siens, etc.

A l'examen, D... est reconnu atteint de paralysie générale progressive. C'est un homme gros, fort, ayant tous les signes d'une santé physique des plus satisfaisantes ; il mange glou-tonnement et aucun trouble ne se manifeste dans ses fonctions digestives.

Examen de son urine : les 12, 15 juin et 1^{er} juillet : pas de peptone.

Les caractères psychiques de la paralysie générale s'accroissent.

Les 15 juillet, 15 août, 1^{er}, 15 et 30 septembre : pas de peptone.

La santé physique se maintient bonne.

E... Date de l'entrée : 1^{er} juillet 1893. — Age : trente-neuf ans.

Idées de grandeur et de richesse ; délire ambitieux ; optimisme généralisé ; actes extravagants.

A son entrée, le diagnostic de paralysie générale progressive est porté sans hésitation ; la marche de la maladie, sa fin, l'ont confirmé. J'ignore à quelle date les premières manifestations morbides se sont montrées et quelle a été leur forme.

E... est d'une maigreur poussée à l'extrême ; il se nourrit mal ; si on l'abandonnait à lui-même, son alimentation serait tout à fait insuffisante. Selon lui, les digestions sont bonnes ; mais son haleine, l'aspect de la langue, indiquent qu'il en est autrement.

Examen de son urine : les 2, 10 et 15 juillet : peptone.

Le 1^{er} août, le malade s'affaiblit, devient gâteux. Période terminale : peptone.

Les 12 et 28 août : peptone, proportion croissante.

Le 8 septembre : peptone abondante.

Le 9 septembre : décès. Mort par épuisement.

F... Date de l'entrée : 16 septembre 1893. — Age : vingt-sept ans.

Paralysie générale confirmée ; deuxième période : affaiblissement général et surtout affaiblissement musculaire.

Examen de l'urine : le 17 septembre 1893 : peptone manifeste.

Le 20 septembre : peptone, traces.

Le 24 septembre : pas de peptone.

Le 30 septembre : peptone, traces.

Pas de changement dans l'état du malade.

Avant de formuler la conclusion de cette note, je considère comme un devoir d'affirmer que je ne doute nullement que ce que M. Marro a avancé n'ait été observé par lui; si les résultats auxquels je suis arrivé sont, pour une partie, en opposition avec les siens, cela peut tenir à des causes qu'il m'est difficile d'apprécier. Peut-être pourrais-je les trouver dans le soin que j'ai mis à débarrasser les urines soumises à mon examen de toutes traces d'albumine, et dans l'exclusion des principes albuminoïdes qui ne sont pas, dans toute la rigueur du mot, de véritables peptones.

Si j'ai le regret de ne pas être d'accord avec le D^r Marro, je constate que, tout en se rapprochant beaucoup de son appréciation, un autre médecin italien, le D^r Fronda s'en écarte au point de vue de la valeur, comme diagnostic, de la présence de la peptone dans l'urine des paralytiques généraux.

En effet, M. le D^r J. Séglas, résumant dans les *Archives de Neurologie*, 1893, n° 78 (août), p. 143, un travail du D^r Fronda (1), dit :

« Il résulte des recherches expérimentales faites par l'auteur, que la peptonurie se rencontre chez tous les paralytiques généraux, mais pas toujours constamment. L'absence de la peptonurie ne doit donc pas faire exclure le diagnostic de folie paralytique à moins d'examen répété de l'urine. »

Je ferai observer, en outre, qu'il m'a paru indispen-

(1) *Il manicomio*, fasc. I, 1892.

sable de rechercher la présence des peptones dans les urines de sujets sains de corps et d'esprit; dans celles de sujets non aliénés, mais atteints de diverses maladies; dans celles de malades atteints d'aliénation mentale, quelle que soit la nature de celle-ci. Il importe beaucoup, lorsque, pour établir un diagnostic, on invoque un fait, de connaître si on en peut tirer de véritables déductions séméiologiques.

CONCLUSION

De mes recherches, je conclus que la présence de la peptone dans l'urine ne peut être invoquée comme symptôme de la paralysie générale :

1° Parce que la peptonurie se rencontre dans des dispositions passagères;

2° Parce qu'elle se présente dans un grand nombre de maladies;

3° Parce qu'on la trouve souvent dans les différentes formes de l'aliénation mentale, soit que sa présence dépende de la maladie mentale elle-même, soit qu'elle dépende des perturbations d'ordre physique qu'engendrent souvent les perturbations d'ordre psychique;

4° Parce que, si elle est plus fréquente dans la paralysie générale que dans les autres formes des maladies mentales, elle fait généralement défaut au début de l'affection, alors que le diagnostic est incertain.

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA KLEPTOMANIE

Par les D^{rs} François BOISSIER
et Georges LACHAUX

Lauréats de la Société Médico-Psychologique,
Internes à l'asile Sainte-Anne (Service de l'Admission).

Parmi les nombreux syndromes que peuvent présenter tour à tour les dégénérés héréditaires, il en est peu qu'il nous paraisse plus intéressant d'étudier que la kleptomanie, moins encore à cause du nombre relativement restreint des cas rapportés dans la science que des applications médico-légales qu'elle comporte.

Que doit-on entendre par kleptomanes? Est-ce tout simplement, comme le veut Trélat, « les aliénés qui sont invinciblement poussés à s'emparer de ce qui ne leur appartient pas (1) »? Il est aisé de voir que cette définition, beaucoup trop large, selon nous, permet à l'auteur d'englober dans son étude et de ranger parmi les kleptomanes des débiles, des paralytiques généraux et des déments qui commettent inconsciemment des vols, il est vrai, et doivent être déclarés irresponsables par le médecin légiste, mais ne sont pas de véritables kleptomanes. Ce qui constitue la kleptomanie elle-même, est moins le vol proprement dit, que l'idée obsédante du vol, l'irrésistibilité de l'acte, la lutte, l'angoisse, et la satis-

(1) Trélat. *Folie lucide*, p. 259.

faction du malade après l'acte accompli. Anssi, dirons-nous avec notre maître, M. Magnan, que « la vraie kleptomanie est l'obsession poussant irrésistiblement au vol avec la résistance, la lutte et l'angoisse et la détente consécutive à l'acte (1) ».

Ainsi définie, la kleptomanie ne se rencontre — c'est un fait admis aujourd'hui — que chez les dégénérés héréditaires.

D'abord comprise dans le groupe disparate des monomanies, puis étudiée sous les noms de folie des actes et de folie instinctive, elle fait le sujet d'un travail assez complet de Trélat dans son livre de la *Folie lucide*. A juste titre, l'éminent médecin de la Salpêtrière s'élève contre les condamnations trop fréquentes de ces malheureux aliénés ; mais, comme nous le faisons déjà remarquer, et comme la lecture et la critique des observations qu'il publie le montrent bien, il englobe sous le nom de kleptomane la plupart des aliénés ayant commis des vols d'une manière inconsciente. A côté de réels kleptomanes (obs. LXIV et LXV), on voit des malades qui, déséquilibrés sans doute, ou mieux dégénérés et irresponsables, savaient cependant profiter et faire profiter leur famille de leurs larcins. Enfin, des paralytiques généraux, des imbéciles et des déments sont rangés dans ce cadre beaucoup trop étendu. L'analyse même de l'état d'esprit du malade avant, pendant et après le vol est à peine ébauchée. Notons cependant que, dans la dernière observation, Trélat insiste avec raison sur la tristesse profonde, l'abattement du jeune L... lorsqu'on le force à résister à son impulsion au vol.

Sans vouloir analyser ici tous les travaux qui ont été écrits sur cette question, — la plupart très sommaires et se bornant à des observations écourtées de kleptomanes,

(1) Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, p. 342.

— il serait d'une suprême injustice de ne point citer les leçons de notre maître M. Magnan. C'est à lui que revient incontestablement l'honneur, aussi bien dans ses leçons cliniques que dans les travaux qu'il a inspirés, d'avoir formé ce groupe des dégénérés héréditaires dont la découverte devait faire un si grand pas à l'aliénation. Par l'étude clinique des différents syndromes des dégénérés, il a montré que la dipsomanie, la kleptomanie, l'agoraphobie, l'onomatomanie, etc., sont unis par des liens étroits, que le même malade peut se présenter successivement sous ces différents aspects, qu'à une mère dipsomane succède une fille agoraphobe, qu'en un mot tous ces syndromes, qui paraissent tellement différer à un examen trop superficiel, ne sont en dernière analyse que les différents feuillets d'un même livre ou mieux les différentes branches issues d'un tronc commun — *la dégénérescence mentale héréditaire*.

Que l'on observe l'un ou l'autre de ces malades, on trouvera toujours l'obsession et l'irrésistibilité, qui donnent à l'acte accompli son caractère spécial. Le dégénéré impulsif a conscience de l'acte répréhensible qu'il va commettre, il essaye même de résister; souvent il lutte avec énergie; mais l'obsession devenant plus intense, malgré les efforts réels qu'il fait, il succombe — il vole, il boit, ou recherche un mot dont il a perdu le souvenir, peu importe; — une fois l'acte accompli, le soulagement se produit; en même temps qu'apparaissent la satisfaction et le bien-être, se montre le remords de l'acte blâmable qu'il a exécuté; — tantôt tout honteux, il abandonne le fruit de son larcin; d'autres fois, il le dépose dans un endroit dont il ne garde même pas le souvenir, ou encore il le dissimule dans sa demeure sans chercher à en tirer le moindre profit; — d'autres fois enfin, après avoir volé, il n'a de repos que lorsqu'il est parvenu à restituer l'objet volé. Mais bientôt l'obsession reparaitra; de nou-

veau il succombera malgré la lutte, ses résolutions énergiques, les engagements pris vis-à-vis de son entourage. Ce tableau résumé du dégénéré syndromique peut se rapporter aussi bien au dipsomane, à l'ouomatomane, qu'à l'agoraphobe ou au kleptomane.

Les kleptomanes, dont nous rapportons ici les observations, sont à l'abri du besoin, de familles aisées même; toute leur histoire pathologique montre bien leur déséquilibre intellectuel. Ajoutons à cela la lourde tare héréditaire qui pesait sur elles et dont on pouvait assurer l'existence à l'examen seul de nos malades. Comme les vrais kleptomanes, elles ont conscience de leur passion malade; elles comprennent combien il leur serait facile de vivre honnêtes et tranquilles, le préjudice qu'elles causent à leur famille: et malgré tous leurs efforts, elles ne peuvent résister à l'obsession. Elles connaissent la triste existence qu'elles se sont faite, ballottées des tribunaux aux asiles d'aliénés, heureuse encore lorsqu'une condamnation imméritée ne vient pas ajouter une peine infamante à leurs malheurs.

On peut aussi voir par la lecture de leurs observations, qu'aujourd'hui encore, malgré les travaux incessants des aliénistes proclamant leur irresponsabilité, malgré même des ordonnances de non-lieu pour des vols antérieurs, nos malades ont pu être condamnées à la prison. Si l'on nous objectait que la kleptomanie est aisée à simuler, nous répondrions que le plus souvent, au contraire, les kleptomanes cherchent à dissimuler leur passion malade, à donner un prétexte à leurs actes, que, s'ils consentent à admettre qu'ils ont des « moments d'absence », ils déclarent bien haut qu'ils ne sont point fous, et qu'enfin la kleptomanie a des caractères propres, une physionomie tellement particulière, qu'il est facile de porter un diagnostic certain.

OBSERVATION I. — *Dégénérescence mentale avec obsessions. — Héritéité morbide. — Superstitions de toutes sortes. — Amour exagéré des rubans. — Kleptomanie. — Condamnation pour vol. — Deux ordonnances de non-lieu. — Fille agoraphobe. — Fils mélancolique.*

S... (Arsène), femme J..., sans profession, âgée de cinquante-quatre ans, entre à l'asile Sainte-Anne (service de l'Admission) le 27 mars 1893.

Ses antécédents héréditaires sont très chargés.

Son père, alcoolique invétéré, faisait des excès d'eau-de-vie de mare et d'absinthe. Souvent ivre, il est mort à soixante-seize ans d'une pneumonie.

Sa mère, sujette à de fréquentes crises d'hystéro-épilepsie, a succombé à la suite d'une attaque d'apoplexie cérébrale à soixante et un ans.

Un oncle paternel est mort dans un asile. Bizarre, original, il aimait, quoique à son aise, à parcourir, avant son internement, les rues de Poitiers en jouant du violon.

Une sœur chétive est morte à quinze ans, après une longue maladie.

Notre malade, mariée à vingt-neuf ans, a eu elle-même trois enfants :

Une fille, vingt-cinq ans, modiste, a le caractère bizarre : ordinairement triste, elle s'irrite facilement. Elle a présenté pendant longtemps de l'agoraphobie, et sa mère devait souvent la gronder pour lui faire traverser les rues fréquentées de Paris. Elle craint les chiens, et ne peut encore actuellement entrer dans un appartement où elle suppose en rencontrer. Elle se lave les mains à tout moment, plusieurs fois de suite avant le repas, qu'elle interrompt pour se les laver de nouveau.

Un garçon, vingt-quatre ans (oreilles pas ourlées), taciturne, nous raconte « qu'il lui est impossible de s'amuser ». Il passe de longues heures à sa fenêtre, puis pleure sans raison. Très émotif, il fond en larmes si nous lui disons qu'il ne pourra voir sa mère que le lendemain.

Une fille de quatorze ans, intelligente, boude sans raison, s'irrite et casse les objets qu'elle trouve, à la moindre contrariété.

D'une famille aisée, notre malade passe sa première enfance à la campagne dans le Poitou, puis elle est mise en pension à

Poitiers, à l'âge de neuf ans. Elle n'en sort qu'à dix-huit ans, après avoir obtenu un grand prix d'honneur, dont elle semble vouloir tirer vanité. L'amour exagéré des rubans, qu'elle a encore aujourd'hui, remonte à sa plus tendre enfance. Elle dit elle-même « que toute jeune, elle aimait à travailler à ses poupées... son grand bonheur était de les couvrir *de rubans et de soie* ».

Un jour, à l'âge de huit ans, elle se cache dans la cave pour pouvoir, tout à son aise, coudre des rubans. Elle reste dans sa cachette jusqu'à dix heures du soir, malgré les cris de sa mère qui la recherchait. A treize ans, elle fait des achats exagérés de rubans. N'ayant pas d'argent, mais connue dans la ville, elle dit d'envoyer encaisser la note chez elle.

Malgré la volonté de ses parents et le bien-être dont elle jouissait, elle entre comme employée chez une modiste, pour pouvoir toucher des rubans toute la journée. « Elle s'acquitte, dit-elle, bien instinctivement de ce travail sans jamais l'avoir appris, tant il lui plaît de toucher des rubans. »

A seize ans, elle est atteinte d'une chorée compliquée d'accidents rhumatismaux qui la tiennent malade pendant trois ans.

A vingt-neuf ans, elle se marie avec un mercier. Elle ajoute au commerce de son mari un magasin de modes et de rubans. Elle travaille nuit et jour, heureuse de pouvoir satisfaire sa passion, tout en travaillant. Elle passe souvent la nuit ; le jour elle ne quitte jamais l'atelier.

A la suite de mauvaises affaires, elle doit quitter Poitiers et vient s'établir à Paris, en 1887, avec sa famille. Les débuts y sont un peu difficiles ; mais bientôt l'aisance revient dans le ménage.

D'un caractère bizarre, fantasque, elle est très superstitieuse : sa mère est morte rapidement douze heures après que sa fille eut cassé une glace (pronostic très fâcheux d'après elle).

Son père est mort un vendredi. Elle dut aussi fermer sa maison de commerce à Poitiers un vendredi.

Enfin, c'est un vendredi qu'elle a volé pour la première fois. Elle ne peut voir sans frissonner des couteaux mis en croix ; elle détourne les yeux et s'arrête lorsqu'elle rencontre un enterrement dans la rue. Malgré ses sentiments religieux, elle regarde comme d'un fâcheux pronostic de rencontrer des religieuses ou des prêtres dans la rue, surtout s'ils sont au nombre de trois. Jamais elle ne s'est mise à une table où étaient déjà

assis douze convives. Son fils est né un 13, elle a eu grand peur qu'il ne mourût dans sa treizième année ; aujourd'hui, quoiqu'il ait vingt-quatre ans, elle redoute toujours un malheur. Ses rêves ne la trompent jamais et lui annoncent l'avenir. Souvent enfin, elle a eu recours à des tireuses de cartes pour prendre une détermination.

Forcée de quitter Poitiers et d'abandonner son commerce, elle emporte à Paris un assez grand nombre de rubans et de coupons de soie, pour satisfaire sa passion malade.

Depuis quatre ans, se sont montrés de nouveaux phénomènes. *Elle a commis trois vols dans les grands magasins de nouveautés*, l'un au Louvre, en 1888 ; l'autre au Bon Marché, le 7 mars 1893 ; le troisième à la Samaritaine, le 17 mars 1893 ; dans ces trois occasions, les phénomènes sont identiques. Elle entre pour acheter soit une ombrelle, soit de la lingerie ; puis elle voit des coupons de soie et des rubans. Elle se sent poussée à s'en emparer, elle résiste, mais cette résistance la jette dans une angoisse extrême. « Ce n'est pas à moi, se dit-elle, je vais être une voleuse ; je vais l'acheter s'il n'est pas trop cher. » Elle ne peut s'éloigner du rayon des soieries ; elle a une sensation de chaud et froid, « *une crispation à l'estomac, une barre* ». Elle s'empare violemment, brusquement de la pièce de soie ou de rubans, objet de ses désirs. Elle s'éloigne, elle veut la rendre, mais elle ne le peut. Elle sort précipitamment des magasins, on l'arrête à la porte.

Une première fois, en 1888, à la suite d'une perquisition faite chez elle, on découvre une grande quantité de rubans. Ce sont ceux qu'elle a emportés de Poitiers. On la prend pour une voleuse de profession, une marchande à la toilette, *elle est condamnée à huit jours de prison*.

En 1893, deux fois dans le mois de mars, elle vole une fois au Bon Marché, une autre fois à la Samaritaine ; toujours la même obsession à la vue des objets désirés, et l'impulsion irrésistible. Aujourd'hui, confuse de ses vols, mais sachant qu'elle ne peut résister, elle nous promet de ne jamais sortir seule et d'éviter les grands magasins.

Elle pleure, se demandant « qui l'a si fatalement inspirée et conduite à ce triste dénouement après cinquante ans d'une vie de labeur et d'honnêteté ». Elle supplie sa famille de lui pardonner. « Oh ! que de tristes souvenirs pour les jours qui me sont comptés, que de honte, et cependant je les aime bien (*les rubans*) ! »

A son entrée, un traitement bromuré, et des bains alcalins sont institués. La santé générale s'améliore, la dépression mélancolique s'efface.

Au moment de sa sortie, 19 avril 1893, elle reconnaît le caractère maladif de ses obsessions, auxquelles elle se sent actuellement la force de résister. Sur nos conseils, un traitement hydrothérapique est commencé; la malade va à la campagne, où rapidement sa santé sera rétablie.

OBSERVATION II. — *Dégénérescence mentale. — Hérité morbide. — Père alcoolique, tante vésanique, etc. — Kleptomanie. — Vols nombreux. — Condamnation par les tribunaux. — Ordonnance de non-lieu.*

G... (Eugénie), femme G..., vingt-cinq ans, sans profession, entre à l'asile Sainte-Anne (service de l'Admission) le 18 mai 1893, à la suite d'une ordonnance de non-lieu pour vol.

Une lourde tare héréditaire pèse sur elle.

Le père, alcoolique invétéré, ingérait de fortes quantités de cidre et d'eau-de-vie du Calvados. Tous les soirs, il rentrait ivre à la maison. D'une nature apathique et indifférente, il abandonnait la direction de sa maison de commerce (il était approvisionneur de navires) à sa femme, personne intelligente et active. Souvent triste, bizarre, il ne voulait jamais recevoir quelqu'un, fût-ce un de ses clients. Il est mort à soixante ans d'une maladie de cœur.

Du côté paternel, une sœur du père est morte à trente-trois ans d'une maladie aiguë (pneumonie); mais elle présentait depuis plus de dix ans des idées de persécution: « on lui en voulait, on criait dans sa serrure... c'était un coup de 93 ».

La grand-mère paternelle, morte à quatre vingt-douze ans, originale et bizarre, avait présenté pendant toute sa vie des tics convulsifs de la face.

Un cousin germain alcoolique est mort à vingt-six ans, sans doute de delirium tremens.

Un autre, frère du précédent, tuberculeux, avait des habitudes alcooliques.

La mère de la malade, au contraire, comme nous le disions plus haut, âgée aujourd'hui de soixante et un ans, est une femme active et intelligente. Très malheureuse en ménage, elle

a su, malgré l'ivresse habituelle de son mari, faire prospérer sa maison de commerce et élever sa nombreuse famille.

De ce mariage sont nés plusieurs enfants :

Un garçon, capitaine marin, est mort à quarante et un ans. Alcoolique depuis l'âge de vingt ans, il avait, à la suite d'un violent traumatisme sur la tête, présenté des signes de déséquilibre intellectuelle. Souvent, dans les rues du Havre, il s'était fait arrêter pour avoir insulté grossièrement les prêtres qu'il rencontrait.

Un garçon, âgé aujourd'hui de trente-neuf ans, est intelligent. Il ressemble à la mère, dont il paraît tenir l'activité, le bon sens et la régularité dans l'existence. Il a deux enfants bien portants.

Une fille, apathique, indifférente, peu intelligente, toujours préoccupée des soins de sa santé, a une maladie de cœur. Elle n'a aucun souci de son ménage dont elle abandonne la direction à une domestique. Elle a un enfant chétive et peu intelligente.

Une deuxième fille a le caractère de son aînée. Elle est aussi apathique et indifférente qu'elle. Enfin, une dernière fille, âgée aujourd'hui de dix-neuf ans, est difficile à vivre à cause de son caractère emporté.

Notre malade, née la troisième de six enfants, n'a jamais eu à se préoccuper des soucis de l'existence. Née d'une famille aisée, mise de bonne heure en pension, elle a fait de bonnes études, et a passé sans difficulté l'examen du brevet supérieur. Elle n'a présenté aucune maladie grave pendant son enfance et son adolescence, à l'exception d'une broncho-pneumonie à sept ans.

Les règles se sont montrées pour la première fois à l'âge de dix-sept ans, sans que les fonctions nerveuses s'en soient ressenties.

Depuis cette époque, pas de troubles menstruels. Elle s'est mariée à vingt-deux ans et n'a jamais eu ni enfants ni fausses couches.

D'un caractère espiègle et frivole, elle a toujours recherché la toilette dont, aujourd'hui, elle se préoccupe encore beaucoup. Facilement emportée, dans une discussion avec sa mère, elle a cassé une vitre avec une violence telle, qu'elle s'est fait au poignet droit une blessure sérieuse dont on voit encore la cicatrice apparente.

Il est aisé de voir, par l'étude de son existence, qu'avant que

la kleptomanie qui l'a amenée dans notre service ne se soit manifestée, notre malade, depuis son enfance, présentait de véritables stigmates psychiques de dégénérescence. C'est ainsi que, très superstitieuse, elle n'a jamais rien entrepris un 13 ou un vendredi. Elle croit à la réalité des songes. « C'est un avertissement », dit-elle. Souvent, elle allait chez les tireuses de cartes, les interroger sur les événements à venir et conformait sa conduite à leurs avertissements.

« Sa mère, nous raconte-t-elle, ne passera pas l'année 1893 », les cartes le lui ont prédit ; d'ailleurs le nombre 13 suffirait à lui donner cette persuasion. Souvent, la nuit, elle songe à des événements malheureux (la mort de sa mère, par exemple) ; elle doit, dès le matin, prendre le train pour le Havre et s'assurer par elle-même de la fausseté de son rêve. « C'est bête, vous allez rire, mais je ne pourrais être tranquille sans cela. » Jamais, malgré ses efforts, elle n'a pu passer devant un cimetière, encore moins y pénétrer ; il est superflu d'ajouter qu'elle a toujours eu peur de rencontrer un corbillard, et que, si elle en voit un, elle fait un détour pour l'éviter. Lorsqu'elle voit tomber un cheval dans la rue, elle pousse un cri très fort. « Tout le monde se retourne », elle cherche à fuir, mais souvent la peur est tellement intense qu'elle ne peut bouger.

L'obscurité l'effraye et elle doit allumer une bougie pour pénétrer le soir dans son logement. Jalouse à l'excès, elle suit ou fait suivre son mari des journées entières. Elle l'attend, le soir, devant sa porte, pour s'assurer qu'il rentre seul. Enfin, souvent, avant de se mettre au lit, en présence même de son mari, elle tient à voir par elle-même si personne n'est caché derrière les rideaux, sous les meubles. Elle s'intéresse à toutes les causes célèbres (assassinats, viols, attentats à la dynamite), dont elle lit les relations dans les journaux, cherchant à retenir les noms de leurs tristes héros ; presque tous les après-midi, elle est au Palais de Justice, écoutant avec attention les plaidoiries des avocats et les condamnations des coupables.

Tels sont, rapidement énumérés, la plupart des signes psychiques de dégénérescence qu'elle présente.

À ceux-ci est venu encore s'ajouter depuis quelques années *l'obsession irrésistible du vol*.

Quoique née d'une famille aisée, mariée à un courtier en vins qui gagne de 6 à 7,000 francs par an, elle a depuis trois ans commis quatre vols.

Pour la première fois, en 1890, elle vole au Bon Marché des

coupons de soie. Surprise, elle est conduite au Dépôt, passe en justice et se voit condamnée à quinze jours de prison.

Six mois après (septembre 1890), elle vole de nouveau au Bon Marché ; mais cette fois, soumise à l'examen médical du D^r Garnier, qui conclut à l'irresponsabilité, elle est l'objet d'une ordonnance de non-lieu.

En 1892, nouveau vol au Bon Marché. Elle s'empare cette fois d'une grande quantité de soieries, « la charge d'un mulet », nous dit son mari ; et cependant à ce moment, malgré le certificat antérieur du D^r Garnier, elle est condamnée de nouveau à quinze jours de prison.

Enfin, le 27 mai 1893, se trouvant à Caen avec son mari, elle le quitte à la suite d'une discussion futile, prend le train, arrive à Paris ; trois jours après, elle se rend au Bon Marché ; mais les inspecteurs la reconnaissent et ne la laissent pas pénétrer dans les magasins.

Elle va alors au Louvre, se dirige rapidement vers les rayons des soieries ; mais là elle hésite. Elle sent qu'elle va de nouveau commettre l'acte répréhensible qui l'a fait condamner à la prison : elle cherche en vain à résister à la tentation ; elle sent une barre à l'estomac, une sueur froide sur la figure. Elle se jette alors précipitamment sur quatre pièces de soie et trois corsages également en soie, dont elle s'empare aussitôt ; l'acte accompli, elle éprouve un grand soulagement et une joie très vive, « comme si quelque chose d'heureux lui était arrivé ». Elle sort à la hâte ; mais, honteuse de l'action qu'elle vient de commettre, elle va dans le passage d'Athènes, où elle jette tous les objets qu'elle a volés. Elle n'y tient d'ailleurs jamais. « Je ne voulais pas les revoir, ils me rappellent un mauvais souvenir. » Son vol n'a pas passé inaperçu ; on l'a suivie ; elle est conduite chez le commissaire de police et de là au Dépôt, où bientôt, bénéficiant d'une ordonnance de non-lieu, elle est transférée à Sainte-Anne.

Elle se montre très inquiète d'être « poussée à voler » ; mais elle ne peut résister à la tentation. Elle comprend tout ce que ses actes ont de blâmable, mais elle sait d'autre part que la lutte est presque inutile, que chaque fois elle succombe, aussi nous promet-elle de ne jamais plus passer devant les grands magasins.

C'est toujours, en effet, au moment des changements de saison, alors que le Louvre ou le Bon Marché remplissent les journaux de leurs annonces, alors qu'elle voit un grand nombre

d'objets de soieries à l'étalage, qu'elle présente ses obsessions irrésistibles. « Jamais, nous dit-elle, elle n'a été poussée à voler dans les petits magasins. »

La malade n'est malheureusement restée que peu de temps dans notre service; trois jours après son entrée à l'asile, elle était transférée, sur la demande de son mari, dans une maison de santé privée.

Il est difficile, à notre avis, de trouver des observations plus concluantes de kleptomanes. L'une et l'autre se ressemblent étrangement.

Sur nos deux malades pèse une lourde tare héréditaire, leur déséquilibre mentale remonte à l'enfance. Les syndromes épisodiques des dégénérés y sont manifestes. Laissons-les, en effet, raconter elles-mêmes leurs malheurs : toutes deux savent fort bien l'inutilité des vols qu'elles accomplissent, puisqu'elles sont dans une situation relativement aisée; le préjudice qu'elles causent à elles-mêmes et à leur famille; toutes deux nous disent la lutte intérieure avant le vol, la résistance même à l'obsession depuis la constriction à l'épigastre, l'angoisse, la sueur froide sur le front, enfin le soulagement, la délivrance après l'acte accompli, la honte et le repentir lorsque « l'accès a disparu » (1).

(1) Il en est de même d'une troisième malade, également kleptomane, dont nous ne pouvons, à notre grand regret, publier l'observation *in extenso*.

B... (Angélique), femme J..., sans profession, quarante-trois ans, née en Belgique, entre le 5 décembre 1892 à l'asile Sainte-Anne (service de l'Admission), à la suite d'une ordonnance de non-lieu pour vol et infraction à un arrêté d'expulsion.

Sa mère est morte d'un cancer de l'utérus à cinquante-six ans. Elle était elle-même *kleptomane*.

Notre malade, née d'une famille aisée, a eu une vie fort agitée. Elle aurait été séduite à treize ans par un ami de sa famille et aurait mis au monde un enfant neuf mois après. Mariée, elle a bientôt divorcé pour vivre avec un amant, mort depuis paralytique général.

Il y a trois ans, elle a été condamnée pour vol à trois mois de prison.

En octobre 1892, étant à Bruxelles, elle lit un soir dans un

En présence de semblables malades, le médecin légiste ne doit pas hésiter à proclamer devant les magistrats leur irresponsabilité absolue; la responsabilité limitée ne saurait lui suffire, puisqu'elle permettrait de leur infliger des peines infamantes. Le but de la société ne doit-il pas être avant tout de châtier sévèrement les coupables et de donner ses soins à ceux que la maladie a privés de leur libre arbitre.

journal qu'une exposition aura lieu au Bon Marché, elle renvoie sa fille chez elle après le dîner; sans hésiter et sans même discuter, elle prend le train pour venir à Paris. C'est pour elle une véritable joie, « comme une femme qui va trouver un amoureux ». Elle n'a même pas l'idée qu'elle va commettre une mauvaise action; cependant, sans raison, elle boit deux verres d'absinthe et se fait une injection de morphine. Elle arrive à Paris à six heures du matin, déjeune, fait quelques courses et vers dix heures se trouve au Bon Marché, où elle prend un coupon de soie, des voilettes en quantité (une vingtaine) et une toque; elle les cache sous son manteau. Après avoir accompli son vol, elle est prise de remords, devient, dit-elle, naturelle, maîtresse d'elle-même et a l'idée de se débarrasser de ce qu'elle a volé, mais l'inspecteur la surveille et l'arrête au moment où elle allait jeter sous un comptoir les objets volés.

Bénéficiant d'une ordonnance de non-lieu, elle est transférée à l'asile Sainte-Anne (service de l'Admission).

En outre de la kleptomanie, on note chez elle un délire polymorphe des dégénérés — idées hypocondriaques, « elle a un cancer à la matrice, » — tentatives fréquentes de suicide; idées vagues de grandeur.

Dans les lettres nombreuses qu'elle nous écrit, voici les passages qu'il nous a paru intéressant de citer :

« Tout à coup, l'idée me vint de partir pour Paris, pour venir voler; j'étais poussée par un besoin irrésistible de voler; sans le dire à personne, je quittais Bruxelles.... J'étais très triste d'avoir volé, je voulais jeter ce que j'avais pris.... J'avoue que par moment, et cela souvent au moment de mes époques, j'ai des envies de voler.... On m'a dit que c'est la monomanie du vol; *mais je suis loin d'être folle*, j'ai des moments d'absence, voilà tout. »

A cela se mêlent des idées hypocondriaques. « J'ai un cancer à la matrice, c'est une maladie héréditaire dans ma famille, tous mes parents sont morts d'un cancer; je souffre des reins, du ventre, des côtes, de l'estomac, etc... »

Après un court séjour à l'asile Sainte-Anne, elle est transférée à Villejuif et de là en Belgique.

CURIEUSES ÉROTOMANIES¹

Par le D^r HOSPITAL

Médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, Clermont-Ferrand.

Dans le courant de juillet 1871, je fus appelé à me rendre dans une usine, pour y examiner juridiquement un individu âgé de dix-huit ans, qui venait d'être écrasé par une meule. Le corps gisait à terre ; la tête, fortement aplatie, avait un aspect affreux ; les yeux étaient sortis des orbites ; çà et là, gisaient des fragments de cerveau, et des flaques de sang. Le corps, étendu sur un matelas, avait été enfermé à part pour le dérober aux regards de la foule. Au moment où j'allais pénétrer, je remarquai, près de la porte, une femme grande et maigre, qui demandait, avec insistance, la facilité de pénétrer auprès du corps. Je lui demandai pourquoi elle insistait ainsi, et si elle était parente, alliée ou amie du défunt ; elle répondit négativement, et s'écria aussitôt, avec un ton impératif et quelque chose de hagard : « Je veux le voir, je veux le voir, il faut que je lui donne des soins, etc. ». Je m'informai près des maîtres de la maison pour savoir qui elle était ; on me dit que c'était une fille de quarante-quatre ans, épicière, non loin de là. Aussitôt qu'elle avait appris l'accident, elle s'était rapidement dirigée vers l'usine, avait pénétré dans la cour, et allait arriver résolument vers la victime, quand deux ouvriers l'arrêtèrent. Il y eut alors une véritable lutte,

(1) V. *Annales méd.-psych.*, n^o de septembre 1875 et de janvier 1891.

daus laquelle ces derniers eurent les manches déchirées. Elle ne cessait de répéter : « Laissez-moi, je veux le voir. » Au moment où j'entrais dans l'atelier, elle se faufla en même temps, malgré les précautions ; alors, nous fûmes témoins d'une scène fantastique : elle se pencha vers le cadavre, le souleva, et le pressant dans ses bras, elle le serra sur sa poitrine, tandis que la tête sanglante ballottait vers l'épaule et gouttait sur les vêtements. Elle demandait avec instance qu'on apportât une chaise ou un matelas ; on disposa, à la hâte, quelques couvertures à terre, mais elle ne voulut point consentir à y placer le corps ; elle l'appuya contre un sac, de manière qu'elle était presque penchée sur lui. Sa physionomie prit alors un caractère étrange, quelque chose d'immobile, d'absorbé, de recueillement farouche, comme on le prête aux sibylles et aux hypniâtres, et à tous ces êtres en grande partie produits de l'imagination, qui ont une empreinte fatidique, mais dont on retrouve une espèce de réalité chez les extatiques, les prédiseurs, les hallucinés hypnagogiques, les hypnotisés, les magnétiseurs, certains lypémaniques. En cet état, les regards obstinément fixés sur le corps, elle l'embrassait sur les joues et les lèvres, et lui parlait à l'oreille en lui disant : « Je te ressusciterai, les médecins ne peuvent rien pour toi, » puis d'autres paroles prononcées à voix basse, sous forme de prière marmottée. Ce spectacle était saisissant ; on aurait dit une goule auprès d'un cadavre. Cette scène dura un quart d'heure, et se serait prolongée davantage, si je n'y avais mis fin, en priant les assistants d'emmener cette femme. Ce ne fut pas facile ; après plusieurs sommations infructueuses auxquelles elle ne répondit rien, il fallut recourir à la force, pour opérer la séparation ; d'une de ses mains, elle tenait les vêtements du mort avec tant de ténacité, qu'on eut beaucoup de peine à lui faire lâcher

prise; pendant quelques instants ce fut une étrange lutte, entre ceux qui tiraient sur le corps, et ceux qui tiraient sur la femme; enfin, on la mit à la porte. Lorsque je sortis, à mon tour, je la trouvai agenouillée, les bras élevés en l'air, *tendens ad sidera palmas*, la figure placée entre la porte et l'encadrement, elle tenait les yeux fermés, et marmottait à voix basse et très vite. Lui ayant adressé la parole, elle me répondit : « Que tout le monde se mette à genoux et prie ! ». On l'entraîna chez elle avec beaucoup de peine.

J'allai la voir le soir. Je la trouvai dans un état hystérisiforme, sans coma; les paupières étaient obstinément fermées, les globes oculaires tournées en haut, les pupilles très dilatées et immobiles, le pouls calme; de temps à autre, quelques paroles incohérentes.

Les informations prises sur son compte, m'apprirent ce qui suit : elle était, depuis peu, dans le quartier; elle n'avait encore rien dit ou fait qui pût faire mettre en doute l'intégrité de son entendement; elle habitait avec son frère qui me parut un alcoolique; une sœur et un oncle auraient été aliénés; sa conduite n'avait rien de répréhensible. Au bout de quelques jours, elle sembla revenue à un état normal, ce ne fut qu'une accalmie. Elle ne tarda pas, en effet, à donner des signes d'érotisme en se rendant, à plusieurs reprises, chez un vénérable ecclésiastique pour lui faire des déclarations sentimentales, et en embrassant publiquement des hommes, à elle inconnus. Quant au jeune homme dont elle enlaçait le cadavre, il est certain qu'elle ne le connaissait pas, et même qu'elle ne l'avait jamais vu, puisqu'il était étranger à la localité et ne travaillait à l'usine que depuis la veille.

Ces scandales décidèrent l'autorité à l'enfermer d'office à Sainte-Marie. Depuis son internement, elle est tranquille, baisse les yeux, a une physionomie mys-

tique, parle à peine, répond avec répugnance, est dans un état de concentration, et travaille un peu.

Interrogée sur la scène de l'usine, elle hésite à répondre, dit, d'abord, qu'elle ne se souvenait de rien ; puis, qu'elle a cru que c'était un voisin qu'elle connaissait ; enfin, elle avoue que Dieu lui avait parlé et ordonné d'aller secourir cette victime, qu'elle devait ressusciter par ses prières. Elle appelle les autres aliénées : « mes sœurs. »

Pendant six semaines, elle se tient silencieuse et même travaille assidûment, répondant à peine, sans quitter son ouvrage, manifestant la plus grande répugnance à revenir sur le passé, se contentant de répondre qu'elle n'avait fait qu'obéir aux ordres de Dieu. Un jour, nous la surprisons, se frappant la tête contre les murs ; lui en ayant demandé la cause, elle répond qu'elle n'avait pas été sage. Une autre fois, elle dégringole les escaliers qu'elle se proposait de descendre les yeux fermés ; un autre jour, elle ne répond que par des signes de tête ; elle avoue, enfin, que Dieu lui a défendu de parler. Assez souvent, elle parle d'un époux (?) qui l'aime toujours ; elle ajoute que toutes les extravagances qu'elle a faites dans l'asile viennent de l'ordre de M^{me} la Supérieure, qu'elle suivait partout dans la crainte d'être foudroyée.

En mois de mai 1892, il lui survient un abcès phlegmoneux considérable au-dessus de la clavicule gauche ; ouvert, il donne issue à une grande quantité de pus un peu séreux ; le mieux dès ce moment-là se manifeste au point de vue mental ; il reste encore bien des desiderata ; ainsi, elle parle d'une voix enfantine, et avec une allure *ad hoc* ; elle insiste pour que je lui porte de la nourriture de chez moi. Le mieux s'accroît, elle parle avec amitié de sa famille, reconnaît ses erreurs, et est retirée après quelques mois.

Elle reste huit mois tranquille ; puis elle rechute à la suite d'une confession ; ses extravagances recommençant, on la reconduit à l'asile. En entrant, elle est prise d'une longue syncope ; le lendemain, à l'interrogatoire, elle se montre très érotique, parle de son amant, qui va venir la chercher avec une voiture attelée de deux chevaux blancs ; elle entend sa voix, et nous prie d'aller le chercher, ou de lui faire apporter des vivres de chez lui. Lui faisant observer que A..., son amant imaginaire, est prêtre, et que, par conséquent, il ne peut se marier, elle répond que le mariage est fait dans le ciel ; puis, s'animant par degrés, elle se répand en injures grossières, émaillées de locutions salaces : « Ah ! brigands de médecins, je voudrais vous voir tous pendre au clocher. » A mesure que nous nous éloignons, elle élève la voix, et sa colère arrive au paroxysme.

D'autres fois elle tombe dans un peu de stupeur, elle parle alors de son amant, mais à voix très basse, et demande de ses nouvelles.

Quatre mois après, elle est prise d'un violent accès d'agitation : face vultueuse, pouls fréquent, délire entremêlé de sujets religieux, de termes crus, et même salaces ; elle distribue des gifles à ses compagnes, parle de crucifiement, d'une voix nasillarde, passe à des mots indécents, et après quelques jours, prend une apparence méditative et absorbée, confinant à la torpeur.

Deux années se passent ainsi, en alternatives de dépression et d'excitation ; dans cette dernière phase, elle crie, vocifère, nous tutoie, débite mille saletés et indécences, reprend, de temps en temps, sa voix enfantine, en accentuant les *s*. D'une maigreur extrême, les yeux enfoncés, son long corps lui donne, quand elle marche et gesticule, quelque chose de sibyllin. Plus tard, elle nous annonce qu'elle est la reine de France, puis débite des injures. Quelquefois aussi, c'est un marmot-

tage très rapide, à voix basse ; ou bien, elle se promène et gesticule toute la journée ; impossible d'avoir la moindre conversation. Elle ne demande ni des nouvelles des siens, ni sa sortie.

Depuis l'époque lointaine où commence cette observation jusqu'à celle où elle se termine en 1893, la malade, que je n'ai cessé de suivre, n'a présenté d'autres symptômes vésaniques que ceux énumérés et décrits plus haut ; toujours debout, se promenant, tantôt rapidement, en marmottant d'un air absorbé, tantôt lentement ; s'approchant, parfois, des médecins, leur prenant le bras, leur murmurant en les tutoyant quelques paroles insignifiantes ; ne travaillant jamais ; allant à la cuisine pour y chiper des aliments ; pas gâteuse ; rarement malade ; pas de crises, de syncopes, d'ataxie ou de paralyse ; ni organes, ni sens, reconnus malades ; ainsi s'est écoulé près d'un quart de siècle.

Dans les derniers jours, elle s'affaiblit, au point qu'on la laisse dans le lit ; elle se décolore, le pouls est imperceptible ; elle est immobile, mais sans trace de coma, et s'éteint sans agonie.

Autopsie pratiquée trente heures après la mort : corps grêle et sec ; encore un peu chaud ; plus de rigidité cadavérique. La voûte du crâne étant enlevée d'un trait de scie, on constate ce qui suit : pas d'écoulement sanguin ; très peu de liquide céphalo-rachidien ; cavité cranienne assez exiguë ; os minces et peu durs ; sutures soudées, mais trajet visible ; dure-mère adhérente à la voûte, ne s'en sépare qu'en se déchirant ; cette membrane est exsangue et d'un jaune laiteux ; arachnoïde et pie-mère sèches ; cerveau avec circonvolutions peu en relief, et le gris de la substance corticale trauche moins que normalement sur la blanche ; cette dernière a sa densité ordinaire ; l'encéphale pèse 1,233 grammes ; le bulbe et cervelet, 179 grammes, ce qui donne, pour

le cerveau seul, 1,054 grammes, poids assez faible. Les différentes régions de cet organe sont indemnes, de même le cervelet et le pont-de-varole, du moins à l'inspection macroscopique ; peut-être n'en serait-il pas ainsi à l'examen au microscope, après préparations préalables dans les solutions osmiques ou chromiques ; ce sont des travaux que je fis, autrefois, sur les cerveaux des épileptiques (Simple contribution à l'anat. path. de l'épilepsie, *Ann. méd.-psych.*, 1888) ; mais, aujourd'hui, ma vue s'est affaiblie, au point de ne plus me permettre l'usage de l'instrument de Leuwenhoek.

Mon temps n'est cependant pas tout à fait perdu ; voici, enfin, une lésion : au-devant du sillon de Rolando, à l'origine de la circonvolution frontale ascendante droite, qui est située, comme on sait, au-devant de ce sillon, est un ramollissement assez considérable, formé de bouillie cérébrale, recouverte d'une couche fibrineuse rouge et pulpeuse ; cette pâte étant enlevée, il en résulte une excavation, qui déborde le sillon, d'une part, et en arrière, va se cacher sous lui ; les artères sylviennes, branches des cérébrales antérieures, offrent un certain degré d'athérome. Il y a donc eu une hémorragie ; mais à quelle époque ? pas ancienne, à en juger par le produit rouge fibrineux et par l'état de la cavité, quelques semaines à peu près. Aucun symptôme extérieur n'est venu la révéler. Elle est très postérieure à la maladie mentale, dont elle n'a été qu'un épiphénomène physique ultime.

L'hystéro-érotomanie a donc été purement vésanie intellectuelle, entretenue et aggravée par l'ischémie cérébrale, que nous révèle l'autopsie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE.

DE LA

DÉMENCE PRÉCOCE

Par le **D^r A. VIGOUROUX,**

Médecin, adjoint de l'Asile d'Évreux.

Les observations que nous publions sont celles de deux malades entrées à l'asile d'Évreux, l'une il y a quatorze ans, l'autre il y a sept ans, à peu près en même temps que leurs filles. Les mères ont continué à délirer de la même façon. Les filles, après un court délire de quelques mois, sont depuis longtemps déjà tombées en état de démence.

Ces observations nous ont paru intéressantes au point de vue de l'étude de l'étiologie de la démence vésanique et, principalement, du rôle de l'hérédité dans la pathogénie de cet état.

Si nous considérons la démence, en ayant soin d'écartier tous les états qui peuvent la simuler, nous voyons, d'après Marcé, que c'est la seule lésion intellectuelle terminale de la folie et qu'elle est essentiellement caractérisée par l'usure et l'affaiblissement graduel des facultés intellectuelles.

Nous savons en outre de quelle importance est son apparition dans le cours d'une vésanie, car elle seule nous permet de porter le pronostic d'incurabilité.

Toute psychose, comme le dit Schüle, affaiblit l'intelligence, même lorsqu'elle frappe un cerveau valide, et

peut conduire à la démence. En effet, c'est par elle que se termine la manie franche et la mélancolie essentielle après avoir passé à l'état chronique, et nous voyons la démence constituer une période inévitable dans l'évolution du délire chronique systématisé progressif.

Dans ces cas donc, la démence est tardive et ne survient qu'après de longues années de délire ; d'autres fois même, elle paraît être indéfiniment reculée et les malades restent délirants sans jamais présenter d'affaiblissement intellectuel ; mais, dans certains cas, on la voit apparaître précoce, succédant à une très courte période de troubles vésaniques.

A quelle influence peut-on attribuer cette précocité ? La plupart des auteurs accensent l'hérédité. Ach. Foville considère que, chez les héréditaires, les facultés mentales sont, dès le début, peu développées et mal équilibrées et qu'il suffit d'une faible atteinte pour en enrayer à jamais l'existence.

Marcé prétend que les imbéciles tombent vite en démence, que, chez eux, un accès même peu intense suffit pour anéantir le peu de ressources dont ils disposent.

M. Charpentier croit que les imbéciles sont rarement frappés par la démence, et trouve qu'en invoquant l'influence héréditaire pour expliquer l'étiologie des démences précoces, on fait un nouvel abus de la notion de l'hérédité (Congrès de Rouen, 1890).

D'un autre côté, M. Magnan nous apprend que les héréditaires dégénérés ont la faculté de pouvoir délirer très longtemps sans qu'on voie chez eux baisser l'état mental ; les fous moraux, les persécutés persécuteurs en sont les exemples les plus frappants.

M. Ritti, dans son *Traité clinique sur la folie à double forme* dit que, chez ces malades, qu'il considère comme des héréditaires, la démence ne survient que très tard, lorsqu'elle survient ; et il cite, d'après Foville, l'exem-

ple de ce vieillard qui, après cinquante-cinq ans de folie à double forme, ne manifestait pas le moindre signe de démence.

En résumé, nous nous trouvons en présence de deux opinions : l'hérédité prédispose certains aliénés à la démence ; elle permettrait à d'autres de l'éviter.

Comment expliquer que certains héréditaires dégénérés peuvent délirer plus longtemps que les délirants chroniques, sans tomber en démence, tandis que pour ces derniers la démence est un stade fatal de l'évolution de leur délire ? Et pourquoi d'autres dégénérés deviennent-ils des déments précoces ?

Peut-être pourrait-on résoudre la première question en invoquant le caractère superficiel, polymorphe, du délire des dégénérés, qui produirait dans leur cerveau un désordre nerveux moins profond ?

Quant à la seconde question, nous voyons que c'est dans le degré de dégénérescence héréditaire qu'il faut en chercher la solution. Nos observations, en effet, viennent corroborer cette opinion.

Les deux mères ont déjà des antécédents héréditaires ; elles délirent depuis longtemps ; les filles, démentes précoces, ont à supporter en plus l'hérédité maternelle.

OBSERVATION I.

Del..., née Da..., le 11 mars 1826. Entrée à l'asile d'Évreux le 13 avril 1879.

Antécédents héréditaires. — Cette malade a eu plusieurs parents atteints d'aliénation mentale ; l'un d'eux, son frère, est mort à l'asile de Caen. Sa fille est également aliénée.

Antécédents personnels. — Le délire de cette femme aurait suivi une marche progressive. Peu de jours avant son entrée à l'asile, elle a causé un scandale à l'église de Glisole et a ainsi troublé l'office.

La motilité et la sensibilité sont normales. L'agitation est continue. Le malade est d'une loquacité incohérente. Elle a des

idées de grandeur, se croit la reine du peuple, la duchesse de Clermont-Tonnerre. Elle prend des poses de prédicateur, bénit ceux qui l'approchent. Elle est tourmentée par de fréquentes insomnies et marche dans le dortoir en gesticulant.

12 juillet 1879. Il y a moins d'agitation, mais le délire continue.

20 octobre 1879. L'état intellectuel est le même, avec alternatives de calme et d'agitation. La malade peut devenir dangereuse, car elle est portée aux agressions.

Au dossier se trouve une lettre adressée par elle « à M. le roi, mon époux ».

L'agitation a duré presque jusqu'en 1885. A cette époque, à la suite d'une maladie aiguë, la malade devint plus calme en même temps que malpropre. Elle dut quitter le quartier des agitées pour celui des gâteuses.

Novembre 1893. Au moment où nous l'examinons, M^{me} D... est une femme de soixante-sept ans qui paraît plus âgée. Son corps est maigre et courbé; sa tête est penchée sur la poitrine. La force musculaire est assez bien conservée; la marche est régulière. La malade s'occupe parfois aux travaux du ménage.

Au point de vue de la motilité, on remarque seulement un tremblement sénile des mains.

Les fonctions s'accomplissent bien; cependant la malade urine au lit. Elle mange et s'habille seule, sans le secours d'autrui. Dans la journée, elle se promène dans la cour en causant seule.

Au point de vue mental, on retrouve chez elle la plupart des symptômes énumérés dans le certificat d'entrée. Son bavardage est incohérent : « Il faut prier le bon Dieu pour avoir des pommes; tâchez que le bon Dieu pardonne; il m'a pardonné parce que mes souliers n'étaient pas crottés. » Si je l'interroge, elle m'appelle M. le duc de C... et ne répond pas de suite aux questions; elle ne le fait qu'au bout d'un certain temps.

Elle reconnaît parfaitement la sœur et les infirmières qui la soignent, se rappelle bien avoir été en cellule il y a six ans. Devant moi elle a reconnu un voisin qu'elle n'avait pas vu depuis dix ans. Elle comprend bien ce qu'on lui dit. Comme j'insistais pour qu'elle me dise son âge, elle me répondit : J'ai cent ans; puis, se mettant à rire, elle ajoute : Sœur, dites-lui que ce n'est pas convenable, j'ai un certain âge.

En résumé, autant qu'on peut juger de l'état mental à

travers l'excitation incohérente, s'il y a démence, beaucoup de facultés restent épargnées. L'observation suivante va nous apprendre qu'il n'en est pas de même pour sa fille.

OBSERVATION II.

Delis... (Rose), femme Lod..., néc le 8 avril 1846, entrée à l'asile le 29 janvier 1879.

Antécédents héréditaires. — Fille de la précédente. Son oncle est mort à l'asile de Caen. Son fils, bieu portant, est agent-voyer auxiliaire; il s'est marié en 1887. Elle a une fille mariée en 1888.

Antécédents personnels. — Le certificat d'entrée porte le diagnostic de nymphomanie hystérique avec hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue.

L'affection remonterait à un an.

Chez elle, les sentiments affectifs sont altérés; elle frappe sa mère et ses enfants.

Le sens moral est troublé, et, depuis deux ans, la conduite de la malade est désordonnée.

Elle est tombée souvent en extase et est restée aphasique. Le 8 février 1879, M. le D^r Broc constate un délire polymorphe constitué par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, de la sensibilité générale, des idées de persécution, des idées mélancoliques, des impulsions irrésistibles, de l'excitation intellectuelle, de l'excitation génésique, de l'aberration des sentiments affectifs. Tantôt elle se tient voûtée, se dit très faible près de tomber en syncope. Elle s'attache les bras de peur qu'ils ne tombent par terre, tantôt elle se presse les mains contre la poitrine disant que son corsage est rempli de petits enfants. D'autres fois, elle accuse des gens de l'intérieur de lui envoyer des maux de tête; d'autres fois, enfin, elle a des envies furieuses soit de mordre, soit de frapper, soit d'embrasser.

Elle déchire ses vêtements, crache ses potions. Insomnie, agitation nocturne.

Santé physique bonne. La malade est de taille moyenne et de constitution vigoureuse.

9 mai 1879. Même état intellectuel : impulsions irrésistibles la rendant dangereuse. Attitudes bizarres : elle ferme les mains et refuse de les ouvrir. Insomnie. Accès fréquents d'agitation.

10 août. Elle tend vers la démence.

20 novembre. Elle est démente et gâteuse.

Depuis quatorze ans, l'état de M^{me} L... n'a pas changé. Elle est âgée aujourd'hui de quarante-six ans. Elle est très amaigrie, ses cheveux sont gris, ses dents sont tombées. Ses forces sont très affaiblies, elle peut à peine se tenir debout. Elle présente une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Elle passe ses journées assise sur un fauteuil de gâteuse, le corps penché en avant, la tête pliée sur la poitrine.

Sa physionomie n'a plus aucune expression.

Quand on l'interroge, elle lève les yeux et répond par un mouvement des lèvres. Elle est indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. La seule manifestation est de regarder sa mère quand on s'occupe de cette dernière.

Il faut la faire manger et l'habiller.

Elle est gâteuse jour et nuit.

Quelquefois cependant elle a des mouvements impulsifs. La sueur lui couvre le visage; elle cherche à se jeter sur quelqu'un et à le frapper. Elle ne choisit pas sa victime.

Ces observations nous montrent la mère et la fille, entrant presque ensemble à l'asile : la première, atteinte d'excitation maniaque, reste excitée pendant quatorze ans, sans pour cela tomber en démence complète, tandis que sa fille, après un délire polymorphe très intense de sept mois, voit son intelligence sombrer et tombe à quarante ans dans un état de démence profonde.

Il semble que, chez cette dernière, le cerveau, manquant de résistance, n'a pu supporter l'intensité de son délire.

OBSERVATION III.

Veuve Aud..., née M... B..., le 6 février 1833.

Entrée à l'asile le 11 février 1883 (27 septembre 1883, 12 juillet 1886).

Hérédité : Mère, suicidée dans un accès d'aliénation mentale.

— *Oncle*, aliéné.

Le premier accès, sur lequel nous n'avons aucun détail, eut lieu à Caen en 1868.

En juin 1883, parut le second accès dont les causes occasionnelles ont été le suicide de son mari et le règlement d'affaires très embrouillées.

Elle est sortie non guérie sur la demande de sa fille, pour être réintégrée le 28 septembre 1883. Elle obtint une nouvelle sortie le 31 octobre 1884 et, jusqu'au 12 juillet 1886, elle a pu vivre chez elle, sans que nous ayons de renseignements sur son état pendant ce laps de temps. A la dernière date, on la ramène à l'asile. A sa rentrée, la malade avait des idées mélancoliques et des idées de persécution : on tue ses parents, on fait du mal à son gendre et à sa fille, on les vole et les ruine.

Elle a des *hallucinations de l'ouïe* : on la menace et on lui dit des injures.

Des *hallucinations de la sensibilité générale* : On la torture.

Des *hallucinations de la vue* (?) : La malade voit des choses affreuses qu'elle ne peut définir.

Cette femme a un peu conscience de son état.

Les certificats de septembre 1883 et de juillet 1886 ont la même teneur : on y indique seulement une anxiété plus grande, une agitation plus vive, conséquence probable de ses sorties.

En novembre 1893, nous retrouvons M^{me} A... en très bon état physique. Elle a soixante ans, paraît bien constituée et présente un léger embonpoint.

La motilité et la sensibilité sont intactes.

La malade s'occupe aux travaux du ménage, se livre à la couture, mais elle ne cesse jamais de causer seule et de se plaindre. Elle mange bien, dort peu et passe une partie de ses nuits à gémir.

L'état mental de la malade est identique à celui qu'indiquent les certificats d'entrée. Elle est toujours anxieuse, toujours en proie à des idées de persécution et à des idées mélancoliques restées fixes, sans tendances évolutives et analogues à des idées obsédantes. Les hallucinations de l'ouïe sont celles qui dominent. M^{me} A... s'entend accuser d'avoir volé des ornements d'église, d'avoir volé de la laine pour faire un matelas. On lui dit à l'asile : *On va couper quatorze têtes ; on crèvera les yeux*. Sa fille est maltraitée, son gendre est un voleur. Son mari et son frère ne sont pas morts, car une voix le lui a assuré. On coupe les cadavres et on les donne à manger au monde. Elle se lamente beaucoup sur sa fille, dont on lui annonce la mort ; elle croit qu'on va lui couper le cou avec des ciseaux. Elle accuse ses voisins les malades, de tenir ces propos sur son

compte. Elle se défend constamment contre ces accusations et se lamente sur les choses terribles qui vont se passer. Néanmoins, nous avons déjà dit que cela ne l'empêche pas de s'occuper du ménage et de bien se porter. Quand on peut détourner son esprit de ses idées mélancoliques, on constate que ses facultés intellectuelles n'ont pas diminué. Elle dit avec grande précision la date de sa naissance, celles de la naissance de ses enfants et celle de son mariage, etc. Elle peut donner des renseignements exacts sur les maladies de sa fille, antérieures à l'entrée de cette dernière, car elle n'admet pas que sa fille ait jamais été aliénée.

OBSERVATION IV.

And... (Marie), née en mars 1858.

Entrée à l'asile le 27 septembre 1883.

Antécédents héréditaires. — Fille de la précédente et d'un père suicidé.

Sa mère a pu nous raconter qu'à quinze mois elle n'avait que quatre dents, et qu'à cet âge elle avait eu des convulsions terribles. A l'école, elle ne pouvait apprendre comme sa sœur. Lors du premier internement de sa mère, elle est venue la chercher la disant guérie; quinze jours après, elle rentrait avec elle le 27 septembre 1883. Sortie améliorée le 1^{er} mai 1884, réintégrée le 28 novembre 1887.

Le premier certificat indique des idées de persécution, des idées de haine contre sa famille, des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, de l'excitation et de l'incohérence. Tout en indiquant que son délire est à peu près le même que celui de sa mère, le certificat ne fournit aucun renseignement sur la possibilité de l'influence maternelle. Sa sortie rapide au bout de huit mois ferait supposer cette influence.

Sortie le 1^{er} mai 1884, elle n'est réintégrée que le 28 novembre 1887. A cette dernière date on constate un état de démence, affaiblissement intellectuel, diminution de la mémoire; inconscience, incohérence; idées confuses de persécution. Agitation, malpropreté, gâtisme.

Depuis six ans, l'état de démence n'a fait que s'accroître. Maintenant les idées confuses de persécution sont complètement effacées. Marie And... a trente-six ans. Elle est amaigrie, le visage est légèrement coloré et n'a plus aucune expression, les

pupilles sont dilatées. La malade reste assise la plus grande partie du temps, déchirant ses vêtements d'une façon tout automatique. Elle est incapable de s'habiller et de prendre aucun soin de propreté. Elle est gâteuse jour et nuit, se montre insouciante et très indifférente; elle est parfois violente quand on l'excite. Les quelques réponses que l'on obtient à grand-peine sont très incohérentes.

« Elle a vingt ans, nous sommes en 1870. »

Elle ne s'inquiète jamais de sa mère et semble à peine la reconnaître.

L'avant-dernière observation nous montre une dégénérée héréditaire déjà gnérie d'un accès antérieur, qui, depuis dix ans, délire d'une façon continue. Son délire n'a pas subi la moindre variation, n'a pas montré la moindre tendance évolutive : les idées de persécution ne se sont pas systématisées, les idées mélancoliques et les hallucinations sont restées identiques.

Nous voyons aussi que ce délire, tout en paraissant très actif, ne donne lieu à aucune réaction sérieuse ; la malade se lamente, il est vrai, mais elle continue à vivre de la vie ordinaire à l'asile, à manger, à travailler, à prendre part aux distractions.

Enfin, si nous arrivons à écarter son attention de ses conceptions délirantes, nous retrouvons ses facultés intellectuelles conservées, sa mémoire est intacte, elle répond avec précision aux questions que nous lui posons, et nous parle raisonnablement de faits antérieurs à son entrée à l'asile.

La fille semble avoir déliré sous l'influence de sa mère, elle avait toujours eu une intelligence débile ; à l'école, elle n'apprenait pas comme les autres. Au bout de peu de temps, les idées de persécution sont devenues confuses, incohérentes, les facultés intellectuelles se sont affaiblies et la démence complète est survenue.

Revue critique.

AUTOMATISME AMBULATOIRE

Par le D^r René SEMELAIGNE

L'automatisme ambulatoire se présente à nous sous des aspects divers. Tantôt c'est un épisode fugitif que perçoivent à peine les personnes présentes ; un arrêt subit au cours d'une conversation, quelques pas en avant, et tout rentre dans l'ordre. Tantôt c'est une marche rapide, sans but apparent, dans une même direction ; après quelques minutes, quelques heures, le sujet revient à lui. Il est des gens qui se retrouvent, sans savoir comment, dans une localité située à une grande distance de leur résidence habituelle. On voit encore des individus circuler et accomplir tous les actes de la vie ordinaire ; pourtant ils ne sont plus les mêmes, une nouvelle personnalité s'est développée en eux, leur existence se passe en partie double. Dans certains cas, il y a inconscience absolue ; dans d'autres, la conscience persiste, mais le mouvement s'impose sans résistance possible ; la volonté semble anéantie. Des crises épileptiques ou hystériques s'observent quelquefois, soit avant, soit après.

Dans cet état peuvent être accomplis des suicides, des délits ou des crimes ; l'étude en est donc importante, tant au point de vue clinique que médico-légal.

Si l'expression automatisme ambulatoire est de date récente, le phénomène lui-même n'est pas nouveau. On le trouve signalé dès l'antiquité. Mais ce sont plutôt les cas de somnambulisme nocturne qui, grâce à l'attrait du merveilleux, ont attiré l'attention des auteurs. Le

philosophe Thénon, raconte Diogène Laërce, se promenait pendant son sommeil, et Galien lui-même, qui se montrait incrédule, dut se rendre à la réalité ; une nuit qu'il se trouvait en route, il s'endormit et continua son chemin.

Il serait oiseux de réunir pour un simple article les nombreuses observations d'automatisme ambulatoire éparses dans les livres, et dont beaucoup ont été recueillies pour les articles sur le somnambulisme des divers Dictionnaires de médecine. Je me borne à en citer deux. Henriens ab Heerz reçut un jour la visite d'un religieux, qui venait implorer les secours de l'art ; depuis quinze années, des songes terrifiants le tourmentaient chaque nuit ; des assassins le menaçaient, et il fuyait à travers les couloirs pour échapper à leurs coups. Un autre moine, dont l'observation a été rapportée par Fodéré, quittait une nuit sa cellule, et se dirigeait vers celle du prieur, lequel, par hasard, n'était pas encore couché ; marchant droit au lit, il le transperça de plusieurs coups de couteau, puis, regagnant sa cellule, il reposa jusqu'au matin. Interrogé, il avoua avoir fait un rêve affreux ; sa mère lui était apparue couverte de sang, et désignant le prieur comme son meurtrier ; il avait alors saisi un couteau, et frappé le coupable. Dans ces deux observations, la mémoire persiste au réveil, mais en général le somnambule a totalement oublié les actions de la nuit, bien qu'elles aient souvent aussi un rêve pour point de départ.

Trousseau était lié avec le président d'un tribunal de province, qui dut renoncer à sa profession à la suite d'accidents étranges. A diverses reprises, en pleine audience, il quitta la salle, et ne revint qu'au bout de quelques instants. Un huissier, chargé de l'épier, le vit entrer dans la chambre du conseil, uriner dans un coin de la pièce, et revenir tranquillement à son siège. Il s'établit à Paris, et s'occupa de travaux historiques. Un jour, assistant à la réunion d'une société savante, à l'Hôtel de Ville, il se leva subitement, sortit sans chapeau et fut fort étonné de se retrouver sur le quai de Gèvres.

La malade dont le D^r Mesnet a publié l'observation dans les *Archives générales de médecine*, était une

hystérique, sujette à des crises répétées et violentes. A ces crises succédaient parfois des accès de somnambulisme. En cet état elle attenda à ses jours à diverses reprises, essaya de sauter par la fenêtre, de se pendre, de s'empoisonner, et y serait parvenue si elle n'avait pas été l'objet d'une incessante surveillance. Au réveil, oubli complet.

Bourgarel, chirurgien du transport de l'État *la Provençale*, a connu, à bord de ce bâtiment, un matelot dont les accès de somnambulisme se répétaient tous les trois ou quatre jours. Ils étaient annoncés, les deux jours précédents, par une tension douloureuse dans la tête; la veille, dilatation énorme de la pupille. Au milieu de la nuit, contraction subite de tous les muscles, quelques mouvements convulsifs, et le matelot quittait son hamac. Si l'on appliquait un doigt sur son corps ou son visage, il tombait comme une masse.

Une dame, observée par Moreau (de Tours), présentait un phénomène analogue. Elle s'endormait souvent au cours d'une promenade, et continuait son chemin; la touchait-on ou heurtait-elle un passant, elle revenait à elle aussitôt.

Beard rapporte le cas d'un employé de commerce qui, envoyé à New-York, se grise dès son arrivée. Pendant plusieurs jours il parcourt la ville, et s'acquitte consciencieusement de ses commissions. L'influence de l'alcool dissipée, il ne se rappelle rien, et lorsqu'il veut recommencer ses courses, reste stupéfait d'apprendre ce qui s'est passé.

Stevens et C. H. Hugues, de Saint-Louis, ont noté l'histoire curieuse d'un confrère, le D^r M..., qui, à deux reprises différentes, en 1867 et 1875, se leva au milieu de la nuit, s'habilla, sortit et se mit à marcher; au bout d'un certain temps, il lui vint à l'idée qu'à cette heure tardive, il devrait être, non pas dehors, mais dans son lit, et il rentra se coucher. Au cours du mois qui précéderent ces phénomènes, il avait eu plusieurs accès d'épilepsie. Une autre fois, se trouvant dans son cabinet avec un de ses amis, il se sentit tout à coup dans l'impossibilité de répondre aux questions qui lui étaient posées; il resta vingt minutes en cet état, puis, se levant, circula à travers la pièce, se versa à boire et se rassit; il put

alors parler. Il avait conservé la conscience absolue de ce qui se passait ; mais une force supérieure le dominait. La nuit suivante, violent accès d'épilepsie.

Le D^r Meschede donne en 1880, dans les *Archives de Virchow*, l'observation d'un malade, sujet à des crises d'épilepsie d'intensité moyenne. Quelques jours avant ou après l'accès, mouvements de locomotion répétés dans une direction déterminée, affectant la forme impulsive. Ce sont des allées et venues à pas précipités, ou des mouvements de manège circulaires, principalement de gauche à droite. Le sujet, atteint de troubles psychiques, est interné dans un asile ; il y meurt, et l'autopsie permet de constater une sclérose de l'hémisphère cérébelleux du côté droit.

A la séance du 31 janvier 1881 de la Société médico-psychologique, le D^r Motet présentait une communication sur un malade qu'il avait eu à examiner, avec le D^r Mesnet. Il s'agissait d'un jeune homme qui, sous l'influence d'un accès de somnambulisme, pénétra dans un urinoir, et imbiba d'eau son mouchoir pour arrêter une hémorragie nasale. Des agents de service, supposant qu'il se livrait à des actes obscènes, le mirent en état d'arrestation. Les juges hésitant à admettre les explications des experts, le D^r Motet endormit l'accusé qui reproduisit exactement la scène.

A propos de cette communication, Lolliot cite l'observation d'une jeune femme à qui il donna ses soins. Prise spontanément d'accès de somnambulisme, soit la nuit, soit le jour, elle se livrait tantôt aux actes de la vie ordinaire, se promenant, faisant son ménage, tantôt à des actes étrangers en apparence, mais ayant toujours quelque connexité avec les idées prédominantes à l'état de veille. Revenue à elle, elle avait oublié ce qui s'était passé. Pendant le nouvel accès, les souvenirs réapparaissaient.

Un épileptique signalé par le D^r Althaus, dans le *British medical Journal*, était sujet à des accès d'automatisme ambulateur nocturnes et diurnes. La nuit, il se levait et circulait plusieurs heures dans sa chambre. La journée, il quittait son bureau, allait droit devant lui, et heurtait les passants. Si on l'arrêtait, il devenait violent et dangereux. Parfois il tombait, et

demeurait insensible. Dans quelques accès, la conscience persistait; il titubait alors, l'écume à la bouche, et injurait ceux qui l'entouraient; d'autres fois il n'y avait qu'une semi-conscience, et la langue semblait paralysée. Les accès, le plus souvent instantanés, pouvaient être précédés d'une aura. Le D^r Althaus fait remarquer l'importance au point de vue médico-légal de tels accès, où les malades ne sont évidemment pas responsables de leurs actes.

Le D^r Paul Garnier publiait dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, en 1887, un rapport sur un jeune homme de vingt ans, inculpé de vol. Pénétrant un jour dans la boutique d'un brocanteur, il s'était mis paisiblement à en opérer le déménagement. Conduit au commissariat de police, il parut d'abord comme hébété, puis protesta contre l'accusation. En recherchant ses antécédents héréditaires, on constata que sa mère était nerveuse, et sujette à des attaques d'hystérie. Quant à lui, il avait éprouvé des troubles cérébraux à l'âge de onze ans, et, depuis cette époque, il concevait des idées ambitieuses dépassant de beaucoup sa position. En 1884, fièvre typhoïde. Dès lors, il négligea complètement son travail. L'année suivante, les accidents nerveux s'accrochèrent. Dans les premiers temps, extrême agitation, puis accès de somnambulisme. Est une fois réveillé par ses parents au moment où il allait franchir une fenêtre qu'il venait d'ouvrir. Violente crise hystéro-épileptique. Besoin de mouvement, projets irréalisables. Arrestation dans les conditions sus mentionnées. On le place à l'Hôtel-Dieu. Particularité étrange, le malade, après avoir nié énergiquement le fait qui lui était imputé, raconta un jour au juge d'instruction son mode de procéder. « J'ai porté, dit-il, successivement les meubles dans la cour de la maison, et c'est au moment où j'allais emporter le deuxième fanteuil que j'ai été surpris. » Comme on lui rappelait cet aven, il s'étonna, affirmant ne garder aucun souvenir de ce qui s'était passé. « Comment, remarque le D^r Paul Garnier, interpréter de telles contradictions? L'amnésie qui est, en la matière qui nous occupe, un fait capital, essentiel, doit-elle être rejetée, et la variabilité du prévenu est-elle le témoignage du peu de fondement de ses allégations?

Nous ne le pensons pas, et il nous semble possible de donner de ce fait une explication scientifique en l'appuyant sur les quelques exemples connus de dédoublement de la personnalité, dans des névroses analogues, dédoublement dont la conséquence est de créer deux existences qui s'ignorent, avec cette particularité remarquable que tous les fragments de l'une se relient entre eux en chevauchant sur les fragments de l'autre. L'observation a depuis longtemps prouvé que le somnambule se rappelle, durant une attaque, les événements d'une attaque antérieure, bien qu'il n'en ait aucun souvenir à l'état normal. Suivant que X... se trouvait en état de condition prime (normale), ou en état de condition seconde (pathologique), il pouvait, sans cesser d'être sincère, tour à tour nier et reconnaître un acte qui, par le fait même qu'il avait été exécuté durant un accès de somnambulisme, ne devait revivre, à l'état de souvenir, que dans un accès subséquent similaire. » Et le médecin expert conclut en ces termes : « Dans notre conviction entière, X... est un malade; c'est un hystéro-épileptique sujet à des attaques convulsives graves et à des accès de somnambulisme engendrant des actes automatiques parmi lesquels il convient de ranger le vol qui lui est imputé. On ne saurait demander compte de sa conduite à un homme dont la raison subit de telles absences, la volonté de telles défaillances et un si complet effacement. » Conformément aux conclusions de ce rapport, X... bénéficia d'une ordonnance de non-lieu. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, il avait présenté une crise remarquable d'automatisme ambulatoire. Un matin, vers six heures et demie, il se levait, sortait de la salle, et enjambait la balustrade de la galerie qui entoure le jardin intérieur de l'hôpital. Descendant sur la corniche, il gagnait la façade du parvis Notre-Dame. Arrivé à l'extrémité de la corniche, il parut hésiter, tâta le mur, et revenant sur ses pas, regagna la balustrade, qu'il parcourut deux fois au pas gymnastique, en criant : « Une, deux, une, deux. » Comme il s'arrêtait un instant, on se hissa près de lui, et on put le saisir. Il eut alors une attaque d'une grande violence. Revenu à lui, il ne se souvenait de rien.

Dans son travail sur les aliénés voyageurs, le D^r Tissié

décrit les fugues et voyages des délirants, hallucinés, déments, impulsifs et captivés. Le type de l'impulsif est l'épileptique. Sous le nom de captivés, Tissié comprend toute une catégorie de malades « qui accomplissent des actes pathologiques sous l'influence d'un désir impérieux et conscient qui s'impose à leur volonté et la maîtrise ». Il compare ce phénomène à l'acte post-hypnotique chez un sujet endormi artificiellement. « Chez tous les deux, remarque-t-il, l'acte est accompli sous l'empire d'une idée dont ils sont les captifs. »

Nous trouvons dans ce travail l'observation détaillée d'un jeune homme, à tares héréditaires, dont la première fugue remonte à l'âge de douze ans. Quittant brusquement Bordeaux, il se rendit à La Teste, où il se plaça comme employé. Son frère étant venu le chercher, il éprouva comme une secousse subite, et resta stupéfait d'apprendre ce qui était arrivé. Rentré chez lui, il entendit un jour parler d'un héritage que son père devait faire à Valence d'Agen, et un mois après se trouva dans cette ville, sans savoir comment. On le reconduisit chez ses parents. Il reçoit une fois 100 francs pour acheter du coke, part pour remplir sa commission, et est fort étonné de se retrouver en chemin de fer, à la gare de Tours; on lui demande son billet; il en a un pour Paris. Le soir, on le trouve couché sur un banc à la gare d'Orléans, et il est mis en état d'arrestation. Relâché et dépourvu d'argent, il se met en route à pied pour Bordeaux; en chemin, il s'engage comme vendangeur et gagne une somme suffisante pour lui permettre de rentrer chez lui. Il se remet au travail. Au bout de quelques mois, il se retrouve à Barbezieux où il est incarcéré, faute de papiers. Rendu à la liberté, il n'ose plus retourner dans sa famille, et se rend à Paris. Après quinze jours de travail, il part brusquement et se retrouve à Joinville-le-Pont. Honteux de rentrer chez son patron, il continue sa route jusqu'à Vitry-le-François, où il est arrêté comme vagabond. Relâché après renseignements, il gagne Lyon en passant par Châlons-sur-Marne, Vesoul, Dijon et Annecy. Arrêté dans cette ville, il reçoit un secours qui lui permet de revenir à Bordeaux, en traversant Le Puy, Tulle, Périgueux, Libourne. Il travaille pendant trois mois, et se retrouve un jour sur une place

inconnue; il s'informe et apprend qu'il est à Pau. Il se rend à Tarbes, et obtient de l'ouvrage à l'arsenal. Un soir, après avoir touché sa paye, il part et se retrouve à Bagnères-de-Bigorre; il visite Lourdes et Toulouse. A la gare de cette dernière ville, entendant crier : « Les voyageurs pour Cette et Marseille en voiture », il se précipite aussitôt dans un wagon. A Marseille, il entend parler de l'Afrique, et prend passage sur un bateau, où il s'engage comme marmiton pour payer sa nourriture. Ne trouvant pas de travail en Algérie, il revient en France. Arrêté à Aix, il passe un mois en prison; on le recoudit ensuite à Bordeaux, où il demeure tranquille un certain temps. Un jour, il se réveille en chemin de fer. Il traverse Orthez, Dax, Mont-de-Marsan. Rappelé à Bordeaux, il consent à s'engager pour exempter un de ses frères, mais est refusé par le conseil de revision. Il se remet au travail, et se trouve sans savoir comment à Mont-de-Marsan. Il se rend au bureau de recrutement; déclaré bon pour le service, il est incorporé au 127^e d'infanterie à Valenciennes. Il tombe malade, reste trois mois et demi à l'hôpital, et obtient un congé de convalescence de trois mois. De retour à Valenciennes, il reçoit la visite d'un de ses camarades, déserteur d'un autre régiment, qui lui propose de le suivre. Sans hésiter, il passe en Belgique en emportant ses armes et ses effets. Il parcourt la Belgique, la Prusse Rhénaue, et arrive à Vienne; il s'y place chez l'ancien directeur de son usine de Bordeaux. Peu de temps après, il se trouve sur un bateau à vapeur, et arrive à Buda-Pesth, sans savoir comment il a pu s'embarquer. Le consul de France lui donne un billet pour Vienne. Sur ces entrefaites, l'amnistie est accordée aux soldats déserteurs; il en profite pour rentrer en France, et est reversé à son régiment, à Valenciennes. Mais bientôt, absorbé par les idées de voyage, il déserte de nouveau, et arrive à Vienne après avoir visité un grand nombre de villes. Il rentre à l'usine à gaz. Se retrouvant un beau jour à Budweis, il n'ose rentrer chez son patron et traverse Pragues, Leipzig, Berlin. L'ambassade lui fournit l'argent nécessaire à son rapatriement; mais, au lieu d'arriver en France, il se trouve à Poseu, erre à l'aventure et parvient à Moscou. Pris pour un nihiliste, il se voit arrêté, passe

près de quarante mois en prison, et est reconduit par étapes à la frontière turque. Il erre en mendiant son pain, et arrive à Constantinople. Le consul français lui remet un billet de chemin de fer pour Vienne, où son ancien patron consent à le reprendre. Ayant entendu parler de la Suisse, il devient hanté par l'idée des montagnes, et se retrouve un jour à Klostensburg. Il parcourt la Suisse, rentre en France et se constitue prisonnier. Condamné pour désertion à trois ans de travaux publics, il est envoyé en Afrique. Sa bonne conduite le fait gracier, et on le réforme comme atteint d'une perforation du tympan. Il rentre à Bordeaux. Sur le point de se marier, il disparaît et, deux mois plus tard, se retrouve à l'hôpital de Verdun, dans l'ignorance absolue de tout ce qui a pu advenir dans ce laps de temps. Revenu de nouveau à Bordeaux, il entre à l'hôpital Saint-André, d'où il disparaît le mois suivant; il se retrouve à Laboubeyre. Après avoir erré d'hospice en hospice, il est réadmis à Saint-André. C'est là que le D^r Tissié put l'observer et recueillir son histoire.

Dans une leçon restée célèbre sur l'automatisme ambulatoire, le professeur Charcot décrivait le cas d'un jeune homme, atteint d'épilepsie larvée, qui exécuta trois fugues en un court espace de temps.

A l'automatisme, le D^r Duponchel oppose le déterminisme ambulatoire. « Ici, dit-il, les sujets qui se mettent à fuir, n'ont pas toujours une inconscience aussi complète, mais ils sont dominés par un désir impérieux, une volonté toute puissante qui semble se substituer à la leur et la maîtriser, elle les détermine à s'en aller, en dépit de tous les obstacles et de tous les inconvénients qu'aura leur départ. » Ce sont ces mêmes malades que Tissié désigne sous le nom de captivés.

Le D^r J. Voisin présentait, au Congrès international de médecine mentale de 1889, deux observations d'automatisme ambulatoire chez des hystériques, caractérisé par des fugues inconscientes, avec dédoublement de la personnalité. Il insistait spécialement sur les caractères différentiels entre ces fugues et les fugues épileptiques.

Le D^r Ireland rapportait, en 1890, un fait ancien de près de trente-trois ans, mais que des circonstances particulières l'avaient empêché de mentionner plus tôt. En

1857, le D^r Ireland servait en qualité de chirurgien dans les batteries montées de l'armée anglaise qui assiégeait Delhi. Une nuit, le lieutenant C..., qui couchait sous la même tente, se leva et sortit ; il rentra bientôt et appela ses camarades ; on demandait, dit-il, quatre canons à l'entrée du camp, et il ajoutait que deux officiers apportaient cet ordre et se tenaient devant la tente. Le D^r Ireland sortit et, ne voyant personne, en fit la remarque au lieutenant C... Celui-ci ne prêta aucune attention à ses paroles ; il avait les yeux ouverts et l'air abstrait. Ses camarades le suivirent et s'emparèrent de lui au moment où il pénétrait dans le parc pour réveiller les canonniers ; après l'avoir désarmé, ils le ramenèrent à la tente. Il tomba dans un profond sommeil. Au réveil tout souvenir des faits de la nuit avait disparu.

La *Gazette des hôpitaux* a publié, la même année, une observation d'automatisme ambulatoire recueillie dans le service de Desnos, par Alcindor et Morat. Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans, à tares héréditaires nerveuses. Dès l'enfance, il se levait la nuit et errait par la maison, en état de somnambulisme. Vers l'âge adulte, accidents nerveux, attaques convulsives, puis impulsions sous l'empire desquelles il quittait brusquement son travail, et marchait sans but des heures entières. Un tremblement qui débuta par le pied droit, se généralisa bientôt à tout le corps. L'automatisme ambulatoire ne fit que s'accroître. Le malade cessait tout à coup ses occupations, sous l'impression d'un danger imminent. Il devenait dès lors inconscient, et se mettait à parcourir Paris et la campagne environnante. Lorsqu'il reprenait ses sens, il croyait sortir d'un rêve, et s'informait du lieu où il se trouvait. Alcindor et Morat, qui l'examinèrent à la Charité, portèrent le diagnostic hystérie, se basant sur la parésie et la contracture du côté droit, l'abolition du réflexe pharyngien, le rétrécissement du champ visuel, l'hémianesthésie gustative, la dyschromatopsie.

Le malade dont l'observation a été présentée par le professeur Proust, à l'Académie des sciences morales et politiques, était aussi un hystérique hypnotisable presque instantanément. Parfois il perdait complètement la mémoire, et, dans cet état de condition seconde, une

nouvelle existence commençait pour lui. Il circulait, faisait des visites, accomplissait tous les actes de la vie. Revenu à sa condition première, il ignorait ce qui s'était passé dans l'état second. Un jour, à la suite d'une discussion avec son beau-père, il disparut et se retrouva, sans savoir comment, dans le département de la Haute-Marne. Une autre fois, il déjeunait dans un restaurant du quartier latin, deux jours après, il revint à lui sur une place de Troyes. Plongé dans le sommeil hypnotique, il se rappelait tous les détails de ses deux fugues, qu'il oubliait de nouveau à son réveil. Condamné par défaut par le tribunal de Vassy, pour filouterie commise pendant une de ses périodes d'automatisme ambulatoire, il réussit à faire annuler le jugement. Depuis, nouvelle inculpation d'escroquerie et ordonnance de non-lieu sur le rapport des D^{rs} Motet et Ballet. Le D^r Luys, qui donna ses soins à ce malade, présenta à son sujet une communication à la Société médicale des hôpitaux.

Colin publiait, en 1890, deux observations d'automatisme ambulatoire, l'une d'origine alcoolique, l'autre de nature hystérique. A ce propos, il combattait les divisions trop tranchées admises par J. Voisin, entre l'automatisme hystérique et l'automatisme comitial.

Le malade de Chantemesse offrait des antécédents héréditaires névropathiques, alcooliques et psychiques. Plusieurs absences comitiales. Une fois, il disparut pendant deux jours. Arrêté et conduit au poste, il prétendit arriver de la Corse. Informations prises, il était allé dans cette île trois ans auparavant et tout ce qui s'était passé depuis s'était effacé de sa mémoire.

Souques a observé un cas d'automatisme chez un dipsomane. Ce malade, à hérédité morbide chargée, fut saisi à deux reprises, 1890 et 1891, par une impulsion subite et partit droit devant lui, sans but déterminé. La première fois, il arrive à Joinville, entre dans un restaurant et y déjeûne; il repart ensuite à travers champs, pressé par le même besoin de marcher. Il passe la nuit à la belle étoile, et le matin se remet en route pour Joinville, y déjeûne, et le soir est de retour à Paris. Son absence a duré quarante heures. Pendant un mois, il reste sobre, puis recommence à boire. La deuxième fugue succède à un accès dipsomaniaque d'une quinzaine.

Il gagne de nouveau Joinville, y déjeune, repart, arrive à Vincennes et passe la nuit dans un hôtel. Le lendemain, il se lève dès le jour et rentre chez lui après une absence de vingt-huit heures.

La malade de Boëtean est une jeune hystérique qui, entrée à l'hôpital Andral à la suite d'accidents nerveux, est reconnue atteinte de salpingite et adressée à l'Hôtel-Dieu pour y subir une opération. Cette perspective lui cause une angoisse profonde ; elle se met néanmoins en route.

À peine se trouve-t-elle dans la rue qu'elle ressent les prodromes de l'attaque hystérique. Elle perd conscience de son état et marche automatiquement droit devant elle. Ce n'est que plus tard, sous l'influence de l'hypnose, que la mémoire lui revient. Elle a, raconte-t-elle alors, gagné la rue Saint-Antoine, longé la rue de Rivoli, l'avenue des Champs-Élysées, l'avenue de la Grande-Armée, traversé Neuilly, Courbevoie, Suresnes, Saint-Cloud, Sèvres ; à Chaville, elle s'est rendue à la maison où elle avait eu un enfant en nourrice. Elle demande la femme qui gardait cet enfant, on lui répond qu'elle habite à présent Versailles. Elle va à l'adresse indiquée, ne trouve pas celle qu'elle cherchait, et retourne à Paris en parcourant le même chemin. Arrivée à Paris, elle est reprise par la crainte de l'opération, se voit poursuivie par des chirurgiens en tablier blanc armés de longs couteaux et implore la protection des agents. Conduite au Dépôt, elle est de là envoyée à Sainte-Anne.

En Italie, le professeur Filippi publiait, en 1889, un travail intitulé : *Les fugues*. La même année paraissait une observation d'automatisme ambulateur due à Gilli et Simplici, et Lombroso faisait remarquer, dans son *Uomo delinquente*, que les épileptiques courent parfois comme des somnambules, sans conscience aucune, à une grande distance de leur demeure.

Le D^r Verga a publié dans la *Gazetta medica lombarda*, en 1891, un article intitulé : « Considérations sur un cas de déterminisme ambulateur ». Il s'agit d'un enfant atteint de folie morale qui, à l'âge de douze ans et dans l'espace de quelques mois, accomplit sept fugues, soit à pied, soit en chemin de fer. Une tendance invincible

l'entraînait à errer par les villes, et à se transporter d'un lieu à un autre.

En 1892, Borri signalait au point de vue médico-légal un cas de déterminisme ambulatoire.

Enfin, paraissaient deux mémoires, l'un publié également en 1892 par le D^r Francesco Aveta, dans le *Bulletin du Manicome Fleurent*, l'autre en 1893, par le professeur Paolo Funaioli, dans la *Riforma medica*. Le travail du D^r Aveta a pour titre : « Automatisme ambulatoire chez l'aliéné. » L'auteur reconnaît deux formes d'automatisme ambulatoire, il peut être conscient ou inconscient. Dans la première, plus fréquente chez les dégénérés et les fous moraux, la conscience accompagne le phénomène, qui peut tendre à un but déterminé, une idée fixe, et l'on a alors le déterminisme ambulatoire ; d'autres fois, le but manque, les actes moteurs s'accomplissent d'une façon automatique, et la conscience éveillée ne fait que présider passivement à la marche des phénomènes ; c'est là l'automatisme ambulatoire conscient sans déterminisme. Dans la deuxième forme, la conscience manque totalement, et il n'y a naturellement pas de déterminisme dans le sens propre du mot. L'auteur admet pourtant que, dans cette forme inconsciente, il puisse exister un déterminisme, établi primitivement à la perte de la conscience. Il reconnaît donc dans ce groupe deux catégories : l'automatisme ambulatoire inconscient avec ou sans déterminisme. Et dans ce dernier groupe, il range un grand nombre de cas appartenant à l'hystérie et à l'épilepsie. Pour le D^r Aveta, presque tous les phénomènes de nature motrice que l'on observe dans diverses maladies mentales constitueraient un des syndromes de la folie des dégénérés héréditaires.

Le professeur Paolo Funaioli, médecin en chef du manicome de Sienne, intitule son mémoire : « Un cas de déterminisme ambulatoire. Considérations cliniques et médico-légales. » Il regarde l'automatisme ambulatoire comme ayant toujours son origine et son siège dans les centres inhibitoires, dans le domaine du pouvoir volitif. C'est là, suivant lui, l'élément primitif, la base de l'aberration psychique.

Tels sont les principaux écrits ayant trait à l'automatisme ambulatoire qu'il m'a été donné de consulter. Il

existe certainement de nombreuses observations qui n'ont pas encore fait l'objet de publications médicales. Ainsi, au mois de juillet dernier, on lisait dans les journaux politiques l'odyssée d'un jeune homme de vingt-deux ans, lequel se présenta au commissariat de police du quartier du Val-de-Grâce, déclarant avoir quitté le Havre depuis huit jours et ne pas comprendre de quelle manière il se trouvait à Paris. Il ignorait s'il était venu à pied ou en chemin de fer. Interné à diverses reprises dans des maisons de santé, il éprouvait parfois des impulsions irrésistibles, et alors rien ne pouvait l'empêcher de partir.

Je me rappelle avoir observé à l'hôpital Laënnec, au cours de mon internat, un malade atteint de mal comitial, et sujet à des fugues subites. Un jour, il se retrouva à Rennes, sans savoir comment. Une autre fois, il était juché sur le toit d'une maison et en train de dévorer un gigot cru, dérobé à l'étal d'un boucher.

Il importe de ne pas confondre l'automatisme ambulatoire avec ce besoin de mouvement que ressentent certains aliénés. Il est des malades qui finient pour échapper à leurs persécuteurs ; ils changent sans cesse de résidence, ne se croyant nulle part en sûreté. J'ai connu une dame anglaise qui ne jouissait d'un calme absolu que sur mer, et à égale distance des côtes de France et d'Angleterre ; aussi la Compagnie des paquebots rencontra-t-elle rarement semblable client. On voit encore des individus qui ne sauraient demeurer en place ; toujours en route, il leur faut un mouvement perpétuel. C'est là, si l'on veut, une manie ambulatoire, mais il n'y a pas automatisme. On doit donc réserver le nom d'automatisme ambulatoire à la déambulation, consciente ou inconsciente, mais irrésistible, la volonté n'existant plus.

L'automatisme ambulatoire reconnaît trois causes principales, et c'est vers elles que doivent tendre les recherches des médecins. Ces causes sont : l'alcoolisme, l'épilepsie, l'hystérie. « Le somnambulisme, disait Rostan en 1827, nous paraît être une nuance de l'hystérie, une maladie des organes de l'innervation. »

Des progrès accomplis par l'étude clinique de cet état pathologique, découlent de graves conséquences au point

de vue médico-légal. Peut-on frapper d'une peine quelconque celui qui commet un crime ou délit, soit inconsciemment, soit entraîné par une force dominatrice. On ne rencontrerait plus aujourd'hui de médecin pour conclure avec Fodéré : « Celui dont la conscience est toujours conforme aux devoirs sociaux, ne se dément pas quand il est seul avec son âme ; celui, au contraire, qui ne pense que crime, que faussetés, que vengeance, déploie durant son sommeil les replis de son inclination dépravée, que la présence des objets extérieurs avait tenue enchaînée durant la veille... Loin de considérer ces actes comme un délire, je les regarde comme les plus indépendants qui puissent être dans la vie humaine. » Une pareille théorie entraînerait loin, et elle étonne provenant d'un homme tel que Fodéré. Mais passons à une autre question non moins importante. Une personne, dans un accès d'automatisme ambulatoire, a commis un crime ; sur le rapport des experts, elle bénéficie d'une ordonnance de non-lieu, ou bien, mise en jugement, est acquittée comme privée de son libre arbitre. A-t-on le droit de rendre à la liberté, à la vie commune, cet être irresponsable qui constitue un danger public et permanent ? Je ne le crois pas. La société ne peut condamner l'innocent, mais elle doit, dans l'intérêt général, séquestrer le meurtrier.

BIBLIOGRAPHIE

LOUYER-VILLERMAY, art. *Somnambulisme* du Dictionnaire en LX volumes.

ROSTAN, art. *Somnambulisme* du Dictionnaire en XXI volumes.

BALL ET CHAMBARD, art. *Somnambulisme* du Dictionnaire Dechambre.

MITCHELL ET NOTT, *Medical Repository*, janvier 1816.

MAC NISH, *Philosophy of Sleep*, 1830.

FODÉRÉ, *Traité de médecine légale*.

TROUSSEAU, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 113.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, *Discussions sur les névroses extraordinaires*, 1857.

FORBES WINSLOW, *The medical Critic and psychological Journal*, 1859, t. IX, p. 27.

MESNET, *Archives générales de médecine*, 1860, p. 147.

BOURGAREL, *Union médicale*, 1861, p. 89.

MOREAU (de TOURS), *Union médicale*, 1861, p. 93.

LEGRAND DU SAULLE, *Le Somnambulisme naturel*, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1862, t. XVII, p. 141.

AZAM, *Amnésie périodique ou dédoublement de la vie*, *Annales médico-psychologiques*, 1876, 5^e série, t. XVI, p. 5.

STEVENS ET C. H. HUGHES, *The Alienist and Neurologist*, avril 1880.

MESCHEDÉ, *Virchow's Archiv*, 1880.

MOTET, *Société médico-psychologique*, séance du 31 janvier 1881.

LOLLIOT, *Société médico-psychologique*, séance du 31 janvier 1881.

ALTHAUS, *British medical Journal*, 27 février 1886.

PAUL GARNIER, *Automatisme somnambulique devant les tribunaux*, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1887, t. XVII, p. 334.

DUPONCHEL, *Des impulsions morbides à la déambulation*, *Ann. d'hy. publique et de méd. légale*, 1888, t. XX, p. 5.

TISSIÉ, *Les aliénés voyageurs*, Thèse Bordeaux, 1887.

CHARCOT, *Automatisme ambulatoire*, leçons du mardi à la Salpêtrière, 1887-1888, p. 155, 1888-1889, p. 303, 14^e leçon.

JULES VOISIN, *Fugues inconscientes chez les hystériques. Dédoublement de la personnalité. Automatisme ambulatoire*, Congrès international de 1889, p. 146.

ALCINDOR ET MORAT, *Un cas d'hystérie avec automatisme ambulatoire et tremblement*, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 253.

PROUST, *Académie des sciences morales et politiques*, 1890.

LUYS, *Société médicale des hôpitaux*, 1890.

IRELAND, *Revue de l'hypnotisme*, 1890.

H. COLIN, *Deux cas d'automatisme ambulatoire*, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 794 et 852.

CHANTEMESSE, *Automatisme comitial ambulatoire*, *Société médicale des hôpitaux*, 27 juin 1890.

DUPONCHEL, *Société médicale des hôpitaux*, 27 juin 1890.

UES, *Automatisme ambulatoire chez un dipsomane*, *Archives de Neurologie*, 1892, t. XXIV, p. 61.

BORTEAU, *Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité*, Annales médico-psychologiques, 1892, 7^e série, t. XV, p. 63.

FILIPPI, *Le fughe*, Lo Sperimentale, 1889, t. LXII, p. 433.

GILLI ET SIMPLICI, Lo Sperimentale, t. LXIV, p. 243.

VERGA, *Considerazione sopra un caso di determinismo ambulatorio*, Gazzetta medica lombarda, n^o 48, octobre 1891.

BORRI, *Nota di psichiatria forense a proposito di un caso di determinismo ambulatorio*, Lo Sperimentale, t. LXVI, 1892.

FR. AVETA, *Automatismo ambulatorio in alienato*, Bolletino del Manicomio Fleurent, 1892.

P. FUNAIOLI, *Di un caso di determinismo ambulatorio*, Riforma medica, 1893, n^{os} 15, 16.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1893

Présidence de M. CHRISTIAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance :

Correspondance et présentation d'ouvrages

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Laroussinie remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

2° Une lettre de M. Pactet sollicitant le titre de membre titulaire ;

3° Une délibération du Conseil municipal de Toulouse décidant que le buste d'Esquirol sera placé dans la salle des séances du Conseil. La Société adresse, au Conseil municipal de Toulouse, ses remerciements pour l'honneur qu'il fait ainsi à la mémoire de l'éminent aliéniste ;

4° Une lettre invitant la Société à participer au huitième congrès international d'hygiène et de démographie devant se tenir, en 1894, à Buda-Pesth ;

5° Une lettre de M. Tuczeck, annonçant la mort subite du D^r A. Cramer, directeur de l'Asile et professeur de psychiatrie à la faculté de Marbourg.

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux brochures de M. Silvio Venturi sur les *Discours et les types des aliénés* ;

2° Le *dixième rapport annuel de la commission des aliénés de Pensylvanie* ;

3° Une brochure sur la *chloralose* par Morselli ;

4° Une note sur *trois cas de trépanation du crâne*, par Oscar Giacchi ;

5° *La Gazette du manicomé de Macerata*, n^{os} 1, 2, 3 et 4 ;

6° *La Revue de l'hypnotisme*, n^{os} de juillet à octobre ;

7° *Les Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, n^{os} de juillet à octobre.

M. FALRET présente son rapport sur l'Œuvre de patronage et l'asile pour les aliénés indigents convalescents, pour l'exercice 1892.

Mort de M. Blanche.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, depuis notre dernière réunion, la Société médico-psychologique a fait une nouvelle et grande perte : M. Blanche, qui, depuis la mort de Delasiauve, était resté le dernier survivant de nos membres fondateurs, et qui n'avait jamais cessé de prendre part à nos travaux, M. Blanche a succombé à la douloureuse maladie qui le minait depuis longtemps, et dont nous pouvions suivre les progrès sur sa figure ravagée par des souffrances stoïquement supportées.

M. Blanche avait pris pour devise les paroles d'Esquirol, « que pour soigner les aliénés, il faut les aimer ». Nul médecin n'a jamais plus aimé ses malades que M. Blanche. Non seulement il leur prodiguait ses soins, mais il s'intéressait à eux, il devenait leur confident, leur consolateur. Que de misères il a soulagées dont ceux-là seuls pourraient parler, qui ont éprouvé les effets de sa bonté toujours agissante !

Notre maître affectait une rudesse et une brusquerie auxquelles nul ne se laissait prendre. On savait que, sous ces dehors, il cachait un cœur excellent, auquel jamais on ne s'adressait en vain.

M. Blanche est mort le 16 août, à une époque de l'année où la plupart d'entre nous sont absents de Paris ; ils n'ont pu, comme ils l'auraient voulu, lui rendre les derniers honneurs. Ceux de nos collègues qui n'avaient pas quitté leurs occupations, ont accompagné notre maître à sa dernière demeure, et vous entendrez

tout à l'heure les paroles que notre secrétaire général a prononcées au nom de la Société : nos sentiments à tous ont été fidèlement traduits dans ce langage si digne et si élevé.

M. Blanche a été président de la Société médico-psychologique. Conformément aux usages, je vous proposerai, après cette lecture, de lever la séance en signe de deuil.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de D^r Blanche. (V. *Ann. méd.-psych.*, numéro de septembre 1893, p. 339.)

La Société, après avoir décidé qu'elle se réunira le 13 novembre en séance supplémentaire, lève la séance en signe de deuil.

PAUL SOLLIER

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1893

Présidence de M. CHRISTIAN

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de MM. Henri Berbez, Febré et Pierre Janet, sollicitant le titre de membres titulaires.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un travail de M. Azzurri sur les réformes et améliorations accomplies de 1862 à 1893, au manicomie de Santa Maria della Pieta, à Rome. M. Chaslin est chargé de présenter un rapport sur cet ouvrage;

2° Le numéro de novembre de la *Revue de l'hypnotisme*.

Election de la Commission des membres titulaires.

Sur la proposition du bureau, MM. Briand, Charpentier, Falret, Marandon de Montyel et Vallon sont nommés membres de la Commission.

Particularité observée chez certains paralytiques généraux.

M. CHARPENTIER. — Je signalerai à la Société un phénomène non encore étudié, et que j'ai fréquemment observé chez les paralytiques généraux. En entrant dans l'infirmerie d'un asile, on aperçoit souvent des malades la tête enfoncée sous les couvertures. Si on les découvre, on constate que ce sont des paralytiques généraux.

Du réflexe pharyngien chez les malades atteints de la paralysie générale des aliénés.

M. JOFFROY. — Mon attention a été attirée, il y a déjà assez longtemps, sur l'état du réflexe pharyngien chez les paralytiques généraux, signe qui n'a pas encore fait, que je sache, l'objet d'une étude spéciale. Autrefois, j'ai recherché (*Archives de physiologie*, 1881, p. 474) l'état du réflexe rotulien chez les mêmes malades. J'ai alors constaté qu'il était tantôt normal, tantôt exagéré, tantôt aboli, et que la perte du réflexe tendineux n'est pas un signe propre à l'ataxie locomotrice. Les résultats auxquels m'a conduit l'étude du réflexe pharyngien sont aussi variables que lorsqu'il s'agit du réflexe patellaire. Le doigt introduit dans la gorge provoque d'une manière exagérée la nausée chez certains malades, et ne détermine rien chez d'autres; dans quelques cas, enfin, le phénomène est normal. L'exagération du réflexe pharyngien ne s'observerait qu'assez rarement; quant à son abolition, elle peut se rencontrer dès le début, tandis que chez d'autres malades il peut persister dans les périodes avancées de la maladie; mais l'étude de ces phénomènes n'a pas encore été poussée assez loin pour que je sois en mesure aujourd'hui de porter un jugement définitif.

En résumé, qu'il s'agisse du réflexe patellaire ou du pharyngien, on peut observer l'abolition, l'exagération ou bien l'état normal. Dès lors il y a lieu de rechercher s'il n'y a pas une corrélation constante entre l'état de ces deux réflexes. Je suis en mesure d'affirmer qu'il n'en est rien, et souvent le réflexe rotulien est aboli pendant

que le réflexe pharyngien est conservé, ou inversement. D'autres fois les deux réflexes persistent, ou bien encore l'un reste normal, pendant que l'autre est modifié en plus ou en moins.

Je rappellerai ici que, dans la paralysie labio-glossolaryngée d'origine bulbaire, on observe habituellement l'abolition du réflexe pharyngien, tandis qu'il persiste généralement dans la paralysie labio-glossolaryngée d'origine cérébrale que j'ai signalée en 1872 (*Gazette médicale de Paris*, n° 44).

Un point intéressant reste à étudier, et je n'ai pas eu jusqu'alors l'occasion de faire cette recherche, c'est l'état du réflexe pharyngien chez les paralytiques généraux qui avalent de travers et s'asphyxient par un bol alimentaire. S'agit-il là d'anesthésie pharyngée et d'abolition du réflexe, ou bien de troubles paralytiques, je ne puis le dire, mais la question vaut la peine d'être étudiée.

M. AUGUSTE VOISIN. — Les malades observés par M. Joffroy n'avaient-ils pas pris des préparations bromurées ?

M. JOFFROY. — Aucun des malades sur lesquels ont porté mes recherches ne prenaient de préparations bromurées.

M. ROUILLARD. — Mes recherches personnelles ont principalement porté sur les relations existant entre les réflexes patellaire et oculo-pupillaire. J'ai constaté un manque absolu de corrélation entre ces deux réflexes.

M. CHRISTIAN. — La recherche des troubles de la sensibilité chez les paralytiques généraux est assez difficile, et, suivant moi, on n'obtient pas de résultats précis. Lorsqu'on pique un paralytique général, souvent le malade pousse un cri, donc il sent; mais il ne peut localiser la sensation; piqué au bras, il porte une main à la jambe ou à la tête; l'anesthésie porterait plutôt sur le sens du tact que sur la douleur. D'autres fois, les paralytiques généraux ont un corps étranger dans l'œil sans s'en douter en aucune façon; une étincelle les brûle sans qu'ils ressentent rien. Certains d'entre eux sentent les pointes de feu; d'autres n'éprouvent aucune douleur. En somme, rien de précis, quant aux troubles de la sensibilité.

*Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes
de langue française pour 1894.*

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Charpentier, Christian, Falret, Joffroy, Ritti et Rouillard, la Société décide que le Bureau s'occupera, comme les autres années, de la préparation du prochain Congrès. M. le Secrétaire général est chargé de correspondre avec M. Pierret, président et M. Hospital, secrétaire général du Congrès, et de s'entendre avec eux.

La séance est levée à six heures moins vingt.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1893.

Présidence de M. CHRISTIAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Meuriot s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Tuczek, professeur de psychiatrie à l'Université de Marbourg, demandant à être admis au titre de membre associé étranger. La commission nommée est composée de MM. Dagonet, Christian et Chaslin, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Nücke, médecin de l'asile d'Hubertusbourg, près Leipzig, demandant à être admis au titre de membre associé étranger. La commission nommée est composée de MM. Charpentier, Sollier et Féré, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

Les *Annales de Psychiatrie*, numéro de novembre.

M. VALLON fait hommage à la Société de son mémoire sur les pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique, couronné par l'Académie de médecine.

M. CHRISTIAN annonce qu'il a été décidé que, désormais, pour ne pas diminuer le nombre des séances de la Société, après avoir levé la séance en signe de deuil, en cas de décès d'un ancien président, elle sera de nouveau reprise au bout de dix minutes.

Mort de MM. Etoc-Demazy et Labitte.

M. LE PRÉSIDENT. — La Société médico-psychologique vient de perdre deux de ses membres correspondants les plus anciens.

L'un, le D^r Etoc-Demazy, ancien médecin de l'asile du Mans, s'est éteint dans la retraite à l'âge de quatre-vingt-sept ans, après une longue et laborieuse carrière. Il a été, pendant plus de vingt-cinq ans, un collaborateur assidu des *Annales médico-psychologiques*; il appartenait à cette génération de jeunes médecins qui assumèrent la tâche d'installer et d'organiser sur tout le territoire, les asiles créés en vertu de la loi de 1838 : tâche ingrate et souvent difficile, mais à laquelle ils ne faillirent point. Le nom d'Etoc-Demazy doit vivre dans notre souvenir à côté de ceux de Renaudin, d'Aubanel, de tant d'autres, dont l'œuvre a été féconde et durable. Nous, qui sommes venus après eux et qui avons récolté ce qu'ils ont semé, nous devons honorer leur mémoire, et nous rappeler qu'ils ont été des initiateurs hardis et persévérants.

L'autre collègue dont j'ai à vous rappeler la perte, est le D^r Labitte, qui est mort à Clermont, à l'âge de soixante-douze ans. Beaucoup d'entre nous l'ont connu et l'ont vu à nos réunions, car, jusqu'à ces dernières années, il prenait une part active à nos travaux. C'est lui qui, associé à ses frères, créa, pour ainsi dire, dans l'Oise, cet important asile de Clermont, que pendant de longues années on se plaisait à citer comme un modèle, et où, sous son impulsion, fut donné à la culture agricole un développement si considérable. Vous savez à la suite de quels événements graves la prospérité de cet asile fut compromise, comment les anciens propriétaires

durent quitter la maison qu'ils avaient fondée : l'asile fut acheté par le département, et les frères Labitte durent prendre leur retraite.

Découragé et malade, Labitte a passé dans l'isolement les dernières années de sa vie, et, en considérant cette existence à qui d'abord et pendant longtemps tout avait souri, et qui devait finir si tristement, je ne puis m'empêcher de songer à ces paroles toujours si vraies du vieux tragique grec : « Il faut considérer le dernier jour de la vie et n'estimer heureux aucun mortel, avant qu'il ait atteint le terme de sa carrière, sans avoir éprouvé d'infortune. »

Rapport de candidatures.

M. CH. VALLON. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Falret, Charpentier, Marandon de Montyel, Briand et Vallon à l'effet d'examiner et de classer les candidatures qui se sont produites pour les quatre places de membres titulaires actuellement vacantes dans notre Société par suite du décès de nos regrettés collègues MM. Ball, Blanche, Delasiauve et Pichon.

La Commission, après avoir mûrement délibéré, a dressé une liste de présentation que je suis chargé de vous faire connaître; je dois aussi vous indiquer, en quelques mots, les raisons qui ont déterminé nos préférences.

Les candidats sont au nombre de sept; ce sont, en suivant l'ordre alphabétique : MM. Berbez, Febvère, Janet, Klippel, Pactet, Roubinovitch et Sérieux; tous, à des titres divers, sont dignes de l'honneur qu'ils sollicitent. Cependant, il en est quatre parmi eux qui ont tout de suite rallié l'unanimité de nos suffrages en raison des fonctions qu'ils occupent dans des services hospitaliers; j'ai nommé M. Febvère, médecin en chef de la division des femmes à l'asile de Ville-Evrard; M. Sérieux, médecin-adjoint à Villejuif; MM. Klippel et Pactet, attachés tous deux à la chaire des maladies mentales, l'un comme chef de laboratoire, l'autre comme chef de clinique. Placés en face d'un riche champ d'observations, nos confrères sont à même de recueillir et de nous apporter des faits intéressants; nous espérons qu'ils n'y manqueront pas. Aussi

bien, leur passé est un sûr garant de l'avenir. Je ne vous parlerai pas des travaux de MM. Febvère, Sérieux et Pactet : tous les trois sont déjà membres correspondants de notre Société, leurs titres, par conséquent, vous ont été exposés lors de leur élection et je ne pourrai que répéter ce qu'ont dit, à cette époque, les différents rapporteurs. Quant à M. Klippel, qui de vous ne connaît ses nombreux mémoires d'anatomie pathologique et, en particulier, ses très intéressantes recherches sur les lésions de la paralysie générale? M. Klippel est un histologiste de haute valeur, c'est un laborieux et un modeste, il a sa place marquée parmi nous.

Il me reste à vous entretenir de MM. Janet, Roubinovitch et Berbez.

M. Pierre Janet est ancien élève de l'École normale supérieure, professeur agrégé de philosophie au collège Rollin, docteur ès lettres, lauréat de l'Académie des sciences morales et enfin, depuis quelques mois, docteur en médecine. Elève de Charcot, M. Janet s'est attaché tout particulièrement à l'étude de l'état mental des hystériques; il a écrit sur ce sujet divers mémoires et un ouvrage pour la bibliothèque Charcot-Debove qui, une fois achevé, sera bien le travail le plus complet et surtout le plus original que nous possédions sur la matière. La Commission, pour témoigner à M. Janet en quelle estime elle tient et sa personne et ses travaux, a décidé, bien que sa candidature se soit produite très tardivement, d'inscrire son nom à la suite de ceux de nos collègues des asiles. Parmi ces cinq appelés, vous choisirez, Messieurs, et vous ferez quatre élus.

Quant à MM. Berbez et Roubinovitch, ils ont eux aussi produit des travaux dont vous avez reconnu la valeur; ils sont donc indiqués pour les places qui deviendront vacantes par la suite dans notre Compagnie.

En résumé, Messieurs, votre Commission vous présente pour les quatre places de membres titulaires : en première ligne, M. Febvère; en deuxième ligne, M. Sérieux; en troisième ligne (*ex æquo*), MM. Klippel et Pactet; en quatrième ligne, M. Janet.

Sur 34 votants les candidats obtiennent :

M. FEBVÈRE, 28 voix.

- M. KLIPPEL, 22 voix.
 M. SÉRIEUX, 21 voix.
 M. PACTET, 19 voix.
 M. JANET, 14 voix.
 M. ROUBINOVITCH, 12 voix.
 M. BERBEZ, 5 voix.

En conséquence, MM. Febvré, Klippel, Sérienx et Pactet sont proclamés membres titulaires de la Société.

Rapport médico-légal sur un exhibitionniste.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, dans une circonstance toute récente, j'ai été appelé par le tribunal correctionnel de la Seine à me prononcer sur un cas d'une interprétation véritablement délicate : je saisis l'invitation flatteuse que veut bien m'adresser notre cher président pour vous en donner communication — je m'en tiendrai aux grandes lignes du rapport remis à la justice le 25 octobre dernier.

..... « Commis le 3 septembre 1893 par le tribunal de première instance du département de la Seine, en vertu d'un jugement rendu en la dixième chambre de police correctionnelle, à l'effet de constater l'état mental du nommé D..., dire s'il peut être déclaré responsable du délit d'outrage public à la pudeur qui lui est reproché.

« Après avoir prêté serment, pris connaissance du dossier judiciaire, visité à plusieurs reprises ledit inculpé à la maison d'arrêt, où nous l'avons soumis à une observation attentive et prolongée, avons consigné, dans le présent rapport, les résultats de notre examen.

« C'est pour la cinquième fois que D... est appelé à répondre d'un délit, toujours le même : l'exhibition de ses organes génitaux. Depuis l'année 1877, il a subi quatre condamnations pour outrage public à la pudeur.

« En présence de cette répétition monotone des mêmes actes, il y avait à se demander si D... ne subissait pas l'une de ces servitudes morbides, de ces obsessions tyranniques ou de ces impulsions inconscientes qui ramènent fatalement l'accomplissement des mêmes délits.

« D..., âgé de quarante-cinq ans, ouvrier typographe, de petite taille, de constitution peu vigoureuse, de phy-

sionomie triste et morne, est le fils d'un aliéné. Son père a été enfermé pendant près de trente ans à l'asile du Mans et y est mort. Un oncle maternel a également été traité pour aliénation mentale.

« L'influence de cette hérédité convergente paraît s'être fait sentir de bonne heure chez D..., à s'en teur du moins aux renseignements qu'il nous fournit lui-même sur ses antécédents et sur ses dispositions morales dès le jeune âge. Ecolier, il s'isolait de ses camarades ; timide, susceptible à l'excès, d'humeur ombrageuse et inquiète, il s'absorbait dans de tristes rêveries. Apprenti typographe, il montra le même caractère morose. De maladie vraie, il n'en signale point, se bornant à déclarer : « Je n'ai jamais été comme les autres. » Il fut réformé du service militaire pour débilité constitutionnelle.

« Des chagrins multipliés auraient encore, dans ces dernières années, altéré sa santé physique et morale. Il s'était marié et avait eu trois enfants ; sa femme mourut de tuberculose pulmonaire et ses enfants furent emportés par des convulsions ou par des accidents méningitiques.

« Chaque fois que nous avons visité D... à Mazas, nous l'avons trouvé déprimé, larmoyant, souhaitant d'être débarrassé de la vie qui lui est à charge. A l'entendre, il est une victime du sort. Il ne s'explique pas ce qui lui arrive..., *il ne se sent pas coupable* des actes qu'on lui reproche, et lorsqu'on lui fait remarquer que ses précédentes condamnations indiquent pourtant qu'il est coutumier du fait, il continue à protester. « On m'a, dit-il, plusieurs fois accusé et condamné pour avoir commis des actes contre la pudeur ; n'ayant jamais pu comprendre ni m'expliquer que je me sois livré à des choses aussi insensées et aussi antinaturelles, *j'ai toujours nié ces faits qui m'ont toujours paru invraisemblables.* »

« Ces dénégations si catégoriques, D... nous les a renouvelées à bien des reprises avec le même accent convaincu. Il nous a parlé aussi d'un « mal » que sa mère connaissait bien et qui a été pour elle un sujet d'incessantes inquiétudes. « Ce triste mal, au commencement, me prenait presque toutes les semaines ; puis, il est arrivé à ne me prendre que tous les mois environ.

Ces derniers temps, j'étais bien heureux, car il y avait déjà plusieurs mois que je n'avais rien ressenti et je le croyais enfin disparu pour toujours, quand malheureusement il m'a pris subitement. Ma mère prétendit que cela s'en irait à mesure que je m'avancerais en âge. Peut-être avait-elle raison ? »

« Lorsqu'on questionne D... sur ce « *mal* » plus ou moins mystérieux, il répond : « Mais je ne sais pas ce que c'est. Voici comment cela arrive. Je pars de chez moi pour aller directement à mon travail ou à mes affaires, lorsque, en chemin, je perds subitement conscience de ce que je fais et de l'endroit où je vais. Cela dure quelquefois toute une journée ; qu'il fasse beau ou mauvais temps, je ne m'en aperçois pas. Je ne bois ni ne mange, car je me suis trop fatigué, lorsque cela est passé. Je dois marcher beaucoup. Pendant plusieurs jours, les jambes me font mal. Enfin, lorsque je reviens à moi, je ressens des frissons par tout le corps et j'ai parfois le côté gauche de la tête comme paralysé, cela finit par un violent mal de tête. Alors, je rentre péniblement chez moi, le cœur triste, exténué de fatigue et quelquefois plein de boue, et trempé jusqu'aux os. »

« Nous devons dire que les explications fournies par D... sont de nature à attirer toute l'attention du médecin expert. Cette inconscience, cette amnésie totale, ces fngnes étranges, cet automatisme ambulatoire auxquels se rapportent les dires de l'inculpé, sont les symptômes de l'épilepsie sous sa forme vertigineuse, sous sa forme de « *petit mal* ».

« Parmi les variétés pathologiques de l'*exhibitionnisme*, on a depuis longtemps déjà décrit la *variété épileptique* ; l'exhibitionniste n'est plus alors cet obsédé tourmenté par l'invincible besoin d'étaler, en un endroit généralement le même, ses organes génitaux ; c'est un inconscient agissant automatiquement, aveuglement, sans se douter même de la nature de l'acte qu'il accomplit ; et, lorsqu'il a repris possession de lui-même, il ignore tout, se montre surpris et incrédule si on lui reproche sa démonstration obscène ; celle-ci n'appartient pas, en effet, à sa vie consciente. De très bonne foi, il opposera des dénégations à l'affirmation de témoins très formels.

« D... est-il épileptique ? A vrai dire, il ne semble pas

qn'il ait jamais eu une seule attaque convulsive, ni dans le passé, ni dans le présent. Nous l'avons interrogé minutieusement pour vérifier s'il avait constaté à la langue des morsures. Il a été très simple dans ses réponses ; il n'a point tenté de se servir des indications que lui donnaient nos questions pour répondre dans un sens qui lui eût paru favorable à sa cause : il ne se souvient pas avoir jamais laissé échapper ses urines soit dans son lit, soit dans son pantalon, ni s'être mordu la langue.

« Personne ne lui a jamais fait comprendre qu'il était atteint d'épilepsie. A Mazas, hâtons-nous de le dire, on n'a rien constaté comme manifestation de cette névrose. Cependant, de l'avis de la plupart des neuropathologistes, l'absence des grandes manifestations somatiques du *morbus sacer* n'est pas, à elle seule, une raison suffisante pour nier l'intervention de l'épilepsie. Celle-ci ne se traduit parfois que par des absences, des vertiges, des fugues, des actes automatiques presque toujours identiques à eux-mêmes.

« Si l'amnésie de D... est réelle, si ses allégations concernant ses fugues, son automatisme ambulatoire sont sincères, l'épilepsie, croyons-nous, pourrait être affirmée. Mais nous ne pouvons garantir que l'inculpé n'ait dit, sous ce rapport, que des choses exactes. Cependant, nous n'avions découvert, dans sa manière de présenter les faits, aucune de ces exagérations qui entachent de suspicion un récit de cette nature. Si nous ne pouvons affirmer que D... a dit la vérité, nous ne pouvons davantage affirmer qu'il n'a pas dit vrai, car, au point de vue de la réalité clinique, ses explications sont logiques et concordantes.

« Nous gardant des déclarations très absolues qui ne seraient pas à leur place dans une affaire laissant, on le conçoit, prise au doute, nous dirons seulement que nous sommes disposé à admettre, chez D..., l'existence de *vertiges épileptiques*, au cours desquels il perd la conscience de ses actes comme il en perd le souvenir ; et, en conclusion, nous inclinons à penser que l'exhibition de ses organes génitaux pourrait bien être, de sa part, une action purement machinale, automatique, inconsciente avec l'amnésie consécutive, telle qu'on l'ob-

serve chez le vertigineux comitial, impulsion aveugle, irrésistible, entraînant l'irresponsabilité la plus complète... »

Vous le voyez, Messieurs, les conclusions auxquelles j'ai pu aboutir, dans ce cas à comp sûr très spécial, sont empreintes d'un caractère dubitatif. Il ne m'a pas paru possible d'aller au delà.

Il était à prévoir, néanmoins, que le tribunal, se fondant, à défaut d'une certitude absolue, sur les grandes probabilités en faveur de l'existence d'impulsions pathologiques, se montrerait très indulgent. C'est ce qui eut lieu, en effet.

J'ai été appelé, il y a quelques jours, à développer devant la dixième chambre, les termes du rapport que je viens d'avoir l'honneur de vous communiquer. L'honorable président, M. Bedorez, en réponse à ma déposition et aussi à quelques observations du défenseur, M^e Alb. Crémieux, tout en acceptant de considérer D... plutôt comme un malade que comme un délinquant vulgaire, demanda quelques garanties au sujet de l'avenir. « Soit, dit-il, le tribunal admet qu'il se trouve en présence d'un irresponsable; mais, au moment de prononcer l'acquiescement, il est retenu par une crainte. D..., déjà poursuivi et condamné nombre de fois pour le même délit, agit en malade et ne se rend pas compte de ses actes. Mais alors, demain, dans huit jours, dans un mois, il peut recommencer. L'embarras du tribunal est donc grand. »

Je fis remarquer que la vraie solution me semblait être le placement de D... dans une maison de santé. Cette mesure, à vrai dire, je n'avais pu la conseiller dans mon rapport, en raison même du défaut de certitude complète au sujet de l'existence de vertiges épileptiques. Mais aujourd'hui, il serait possible de tenir à D... ce langage. — Vous vous prétendez malade et vous dites avoir agi sans vous rendre compte de vos actes : Eh bien, on accepte vos excuses, sur les conclusions de l'expertise médicale. Dès lors, demandez à ce que l'on vous soigne dans un établissement spécial. — Il vous suffira de vous présenter à l'infirmerie du Dépôt où vous sera délivré le certificat de placement, à titre *volontaire*, à l'asile Sainte-Anne.

D..., sur l'interpellation de M. le président, déclara qu'il souhaitait par-dessus tout être guéri de son « mal » et qu'il s'engageait à se conformer à ce qu'ou lui conseillait de faire.

Le tribunal le renvoya des fins de la plainte. Le lendemain, D... venait me demander le certificat d'admission pour entrer à Sainte-Anne. L'observation attentive à laquelle il va être soumis permettra-t-elle de surprendre l'un de ces vertiges comitiaux auxquels D... paraît être sujet? Cela est possible.

Quoi qu'il en soit, je n'aperçois pas, pour ma part, quelle solution meilleure pouvait être donnée à cette affaire évidemment en dehors du cadre habituel des questions médico-légales.

M. CHARPENTIER. — Tout aliéniste aurait agi de même; mais, à l'avenir, si un exhibitionniste vous dit: « Je suis atteint d'un mal qu'on ne m'a pas dit, je ne me rappelle rien, mon père a été fou, » devra-t-on conclure à l'épilepsie et à l'irresponsabilité? M. Garnier n'a peut-être pas assez insisté sur l'exhibition elle-même. Elle se produit toujours de la même façon, mais il y a peut-être un choix de la personne en présence de laquelle elle se produit, et ce choix même indiquerait qu'il y a une certaine part de conscience.

D'autre part, ce malade va guérir. On le rendra à la liberté, et il pourra nier avoir commis n'importe quel acte. La situation du médecin est très délicate: il n'y a aucune raison pour le garder, et si on le met dehors il recommencera.

M. P. GARNIER. — Quant aux détails de l'exhibition, j'ai cherché et je n'ai rien trouvé. Le rapport de police était très sommaire. On avait simplement vu cet individu baisser son pantalon. Deux petites filles avaient donné le renseignement en disant à leurs parents: « Cet homme m'a montré son devant. » Il n'y avait donc pas de renseignement précis sur le caractère automatique de l'acte. J'ai cherché dans les affaires précédentes, dont la première remonte à 1877. Je n'ai rien trouvé concernant les circonstances concomitantes de ces exhibitions.

Que deviendra cet individu? La situation est délicate, en effet. Tout le désigne comme malade. Qu'il nie, c'est chose fréquente, mais il y a un ton spécial qui impres-

sionne et vous fait dire que le sujet n'est pas un coupable. C'est une affaire de nuance. Aura-t-il ou non des manifestations comitiales ? S'il a des vertiges ou des absences, la surveillance permettra de les constater. On pourra alors instituer un traitement. Il a donc un bénéfice à tirer de l'internement dans un asile.

M. CHARPENTIER. — Pourquoi transformer ce placement d'office en placement volontaire, et faire intervenir la volonté du sujet pour un acte supposé inconscient ?

M. P. GARNIER. — Je n'ai pas pu être catégorique. Laissant le fait dans le doute, je ne pouvais conclure à la nécessité de l'internement.

M. A. VOISIN. — J'ai observé des faits analogues. J'ai été consulté, il y a quelques années, pour un compositeur de musique qui s'est déculotté plusieurs fois à table devant des dames de bonne compagnie. Cet homme était connu comme épileptique. Il avait des accidents épileptiques de grand mal connu seulement de ses amis. En dehors de cela, il était très intelligent. Ses accès de petit mal étaient caractérisés par ces exhibitions.

J'ai sauvé de la correctionnelle un jeune peintre qui, dans ses accès vertigineux, baissait aussi son pantalon. Un jour, dans la rue, au lieu d'uriner dans une vespasienne, il urina du côté de la chaussée. Arrêté, il montra des ordonnances faites par moi. Je dus néanmoins lui donner un rapport volontaire sur son état pour l'empêcher d'être condamné. J'ai connu également une dame du meilleur monde, qui, dans ses vertiges épileptiques, exhibait ses seins aux passants.

La séance est levée à cinq heures et demie.

P. SOLLIER.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1893

Présidence de M. CHRISTIAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de remerciements de MM. Febvre, Klippel, Pactet et Sérieux, nommés membres titulaires à la dernière séance.

Rapports de candidature.

M. FÉRÉ.—Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Charpentier, Sollier et Féré pour faire un rapport sur la candidature de M. Näcke au titre de membre associé étranger de notre Société; je viens vous présenter ce rapport.

M. Näcke, médecin aliéniste à Hubertusburg, près Leipzig, se recommande à vos suffrages par de nombreux travaux. Ses études de psychiatrie ont été précédées par des publications intéressantes sur des questions de médecine générale: nous ne ferons que citer sa thèse, qui remonte à 1873, sur *les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde*, des mémoires sur les *kystes du vagin*, sur l'*utérus bicorne*, sur l'*iléus*, sur un *corps étranger de la vessie*, sur la *pathogénie du vitiligo*, sur la *trachéotomie*, sur un cas d'*intoxication par l'iodoforme*, sur la *rumination dans la neurasthénie*. Les titres de ces mémoires suffisent à montrer que le candidat est muni de connaissances variées, et qu'il était bien armé pour l'étude de la psychiatrie à laquelle il s'est adonné avec prédilection.

M. Näcke a publié une relation médicale d'un voyage en Italie, dont il a étudié les hôpitaux; il a donné aussi une description des asiles d'aliénés et des colonies de la Belgique. C'est dire qu'il est au courant de ce qui se passe en Europe relativement à l'organisation de l'assistance des aliénés; et ses publications sont émaillées de

citations qui montrent bien sa connaissance de la littérature médicale française et anglaise. Du reste, il a publié dans les revues de son pays des analyses et des critiques des divers travaux anglais et français.

La pathologie mentale lui est redevable de travaux importants sur le *delirium tremens*, dont il a étudié les conditions étiologiques et la pathologie, sur les *symptômes catatoniques au cours de la paralysie générale chez la femme*.

Signalons encore des études thérapeutiques sur le *chloralamide*, l'*hyoscine* et l'*hydrate d'amylène* chez les aliénés et les épileptiques, sur la *duboisine*.

Mais ses travaux les plus importants ont trait à l'anthropologie criminelle. Ses principales publications sur ce sujet ont pour titres : *Crime et folie chez la femme* ; les *Rapports anthropo-biologiques entre la femme aliénée et la femme criminelle* ; *Description anthropologique de seize crânes de femmes dont douze appartiennent à des criminelles*. Le *Torus palatinus* (exostose médo-palatine de Chassaingnac) dans l'*asile d'aliénés et chez les personnes normales* ; *Étude comparative des signes de dégénérescence chez les femmes normales, les femmes atteintes d'aliénation mentale et les femmes criminelles* ; *Note pour servir à la méthodologie d'une anthropologie criminelle scientifique*.

La substance de ces divers travaux se retrouve dans le livre récent dont M. Nücke a fait hommage à la Société, et qui a pour titre *Crime et folie chez la femme*. L'auteur s'y montre adversaire résolu de la doctrine de Lombroso. Pour lui, la différenciation somatique entre les criminels et les autres dégénérés n'est pas scientifiquement établie ; un grand nombre de stigmates physiques se rencontrent chez des sujets normaux ; l'hérédité est le facteur principal dans la folie pénitentiaire. L'auteur n'est pas partisan d'asiles spéciaux pour les criminels ; les aliénés tranquilles doivent être placés dans l'asile ordinaire et les aliénés dangereux laissés dans un quartier de la prison. Il démontre par des chiffres le désavantage pour les asiles d'avoir tous les malades de la prison.

Je n'insisterai pas sur les nombreuses questions de détail qui sont traitées dans ce livre. Ces rapides exposés

suffisent, semble-t-il, à montrer que M. Näcke est un laborieux, tout à fait digne de l'honneur qu'il sollicite et j'espère que vous voudrez bien lui accorder le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Näcke est nommé, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. CHASLIN. — Messieurs, au nom d'une Commission composée de MM. Dagonet, Christian, Chaslin, rapporteur, je viens vous exposer les titres de M. Tuczek, professeur de psychiâtrie à l'Université de Marburg, qui a sollicité le titre de membre associé étranger.

Le nom de M. Tuczek a depuis longtemps attiré votre attention et ses publications, surtout celles sur la paralysie générale, sont dans la mémoire de tous. Aussi ne ferai-je que vous rappeler rapidement les principaux travaux de notre éminent confrère : la liste en est longue ; je ne parlerai ici que de quelques-uns.

En 1877, M. Tuczek a publié une courte note sur la pathologie du nerf vague. Chez un homme atteint de pneumonie chronique double des sommets, il y eut subitement une accélération considérable des battements du cœur sans élévation de température, et en même temps une dilatation extrême des poumons avec un arrêt complet des mouvements diaphragmatiques. Il discute les symptômes et attribue leur existence à une compression d'un des nerfs vagues.

Il rapporte en 1881 une observation extrêmement curieuse. Une femme de vingt-neuf ans, d'ailleurs sans antécédents suspects, à la suite d'une fausse couche de trois mois, vit se développer un œdème des deux pieds avec douleurs « rhumatismales » dans les jambes. Peu après l'état psychique changea et la malade présenta toutes les apparences de la mélancolie, peu accentuée il est vrai. Elle se plaignait d'un bruissement dans les oreilles qui, dit-elle, aurait aussi été entendu par ses parents. A l'examen qui fut fait dans la clinique psychiâtrique, on ne trouva pas trace de l'œdème ; l'état général était assez satisfaisant, mais l'air triste et la face pâle ; on constata seulement une ondulation marquée des veines jugulaires externes ; ces ondulations étaient d'une fréquence double de celle du pouls. Mais en outre, à la grande surprise de M. Tuczek, en exami-

nant les oreilles il perçut très nettement un bruit comme celui que l'on fait en déprimant le bord libre d'un ongle avec un autre ongle qui s'échappe ensuite immédiatement. Le bruit se répétait rythmiquement avec deux fois plus de fréquence que le pouls, il était très nettement entendu par la malade. Un examen au spéculum des oreilles ne révéla rien d'anormal ; aucune manœuvre ne parvenait à faire cesser le bruit. Enfin, par hasard on reconnut que le bruit anormal cessait lorsque l'on appuyait le spéculum contre la paroi postérieure du conduit auditif externe. Cela donna l'idée de tamponner le conduit avec de l'ouate ; le bruit disparut pour ne plus revenir même après l'enlèvement du tampon, qui ne resta que vingt-quatre heures en place. L'état mental s'améliora aussitôt et la malade fut guérie en quelques jours. L'auteur pense que l'ondulation veineuse observée pouvait bien être pour quelque chose dans la production de ce symptôme insolite.

Je passe maintenant à la série des recherches anatomo-pathologiques sur les fibres à myéline de l'écorce du cerveau.

C'est en 1882, dans les numéros du 15 juillet et du 1^{er} août du *Neurologisches Centralblatt*, que M. Tuzek fit sa première communication sur la question. On peut bien dire que c'est là la découverte la plus importante qui ait été faite sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale, depuis celle, due à Rokitansky en 1856, comme tout le monde le sait, de la prolifération du tissu interstitiel dans cette maladie. Tuzek montra que les fibres à myéline fines de l'écorce grise, situées immédiatement à la surface et parallèles à celles-ci, disparaissent avec les fibres de la substance blanche. Cette disparition des fibres a lieu dans certains lobes et, pour M. Tuzek, elle est primitive.

L'ensemble de ces travaux est réuni dans une brochure, *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica*, qui a paru à Berlin, en 1884. Dans cette brochure, on trouve rappelée l'explication de la démence paralytique, que l'auteur donna précédemment devant la réunion des médecins aliénistes qui eut lieu à Berlin, en 1883. La démence est précisément due à la disparition systématique des

fibres qui servent à relier entre elles les différentes parties de l'écorce dans les lobes antérieurs du cerveau. Enfin, il ne faut pas oublier que la paralysie générale s'accompagne presque toujours de lésions médullaires. Il y a aussi dans cette brochure cette observation si curieuse et si connue de cet employé des postes atteint de paralysie générale, confirmée aussi bien par ses signes psychiques que somatiques, et qui guérit complètement; cinq ans après sa maladie, il continuait à être en bonne santé.

En rapport étroit avec ce qui précède, se trouve l'étude du développement de ces mêmes fibres à myéline, qui apparaissent d'abord dans la substance blanche pour envahir l'écorce. C'est le lobule paracentral qui, dès avant le neuvième mois de la vie intra-utérine, présente le premier ces fibres à l'observation.

Dans l'ergotisme, on observe des symptômes d'une affection des cordons postérieurs de la moelle. M. Tuzek eut l'occasion d'étudier les symptômes psychiques et somatiques, et aussi les altérations médullaires histologiquement. En dehors des troubles psychiques qui revêtent le plus souvent l'aspect de la démence primitive aiguë, il y a toujours des accès épileptiformes; l'examen de la moelle fut fait, dans quatre des cas rapportés dans le mémoire du tome XIII des *Archiv für Psychiatrie*. L'auteur dit en résumé que ces cas lui ont montré des états pathologiques des cordons postérieurs, représentant les différents stades d'une même affection systématique, qui se distingue du véritable tabes seulement par son évolution aiguë, et par suite par le moindre rétrécissement sclérotique de la moelle. Malgré tous ses efforts il n'a pu arriver à reproduire chez les animaux ces lésions trouvées chez l'homme.

Je mentionnerai maintenant tout particulièrement le livre tout récent sur la pellagre, fruit d'un voyage de l'auteur envoyé par la Faculté de médecine de Marburg pour étudier cette maladie dans la haute Italie. C'est un travail considérable, très important au point de vue de la théorie générale des affections de la moelle épinière et des intoxications. On y trouve de nombreuses observations qui conduisent l'auteur à considérer les lésions de la moelle dans la pellagre comme consti-

tuant, dans la grande majorité des cas, une affection combinée systématique. Comme d'ailleurs aussi dans l'ergotisme, cette affection n'est pas progressive; elle porte toujours sur les cordons postérieurs et souvent sur les cordons pyramidaux; mais la lésion n'est pas celle du tabes. Je passe sur beaucoup de détails à lire, mais qu'il me prendrait trop de temps à indiquer.

Je vous citerai encore un travail clinique sur l'hystérie chez l'enfant, qui, entre autres enseignements, montre bien une fois de plus l'importance de l'isolement dans le traitement de cette maladie.

Messieurs, vous trouverez probablement que j'ai été, malgré la rapidité de cette revue si incomplète des écrits du professeur de Marburg, encore trop long pour le but que je me proposais: il devait suffire de vous rappeler la découverte sur la paralysie générale; c'était assez, j'en suis sûr, pour vous faire accueillir la candidature que votre Commission vous présente; mais je n'ai pu résister au plaisir de vous entretenir quelques moments de ces travaux si remarquables, qui ont assuré à notre confrère une place éminente parmi ceux qui s'occupent de la pathologie de la moelle et du cerveau (1).

Conformément à ces conclusions, M. Tuczek est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

(1) Liste des travaux de M. Tuczek :

1876. Ueber die beim Kauen abgesonderten Speichelmengen (*Zeitsch. f. Biologie*).
1877. Zur Lehre von den Pericardialverwachsungen (*Berl. Klin. Wochenschr.*).
1878. Ueber Vagusneurosen (*Deutsche Arch. f. Klin. Medicin*).
1879. Zur Lehre von den Erkrankungen des Herzens u. der grossen Gefässe (*Ibid.*).
1881. Objectives Ohrgeräusch als Ursache von Melancholie (*Berl. Klin. Wochenschr.*).
1882. Ueber die Veränderungen im Centralnervensystem, speciell in den Hintersträngen des Rückenmarks bei Ergotismus (*Archiv f. Psych.*).
- Zur Lehre vom Durhæmatom (*Irrenfreund*).
- 1882-1883. Ueber die Anordnung der markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde u. über ihr Verhalten bei der Dementia paralytica (*Neurol. Centralblatt*).
1883. Zur Lehre von Hypochondrie (*Zeitsch. f. Psychiatrie*).
- Ueber die Entwicklung der markhaltigen Nervenfasern in Windungen des menschlichen Grosshirns (*Neurol. Centr. bl.*).

Élection du Bureau de 1894.

1° Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président. Sur 24 votants :

MM. MOREAU (de Tours) obtient.	19 voix
BOURNEVILLE	2 —
FÉRÉ	2 —
PAUL GARNIER	1 —

En conséquence, M. MOREAU (de Tours) est élu vice-président.

2° M. RITTI est réélu secrétaire général par acclamation.

3° M. JULES VOISIN est réélu trésorier par acclamation.

4° MM. RENÉ SEMELAIGNE et PAUL SOLLIBER sont réélus secrétaires annuels par acclamation.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents sortants, MM. Th. ROUSSEL et CHRISTIAN.

Le Comité de publication est composé de MM. BALLET, BRIAND, et DAGONET.

La Commission des finances est composée de MM. FALRET et MITIVIÉ.

1884. Mittheilung von Stoffwechseluntersuchungen bei abstinenten Geisteskranken (*Archiv f. Psych.*).

— Zur Lehre von den Bewusstseinsaushaltungen (*Ibid.*).

— Beiträge zur Pathologie u. zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica (Berlin, Hirschwald).

1886. Zur Lehre von der Hysterie der Kinder (*Berlin. Klin. Wochenschr.*).

1887. Ueber die bleibenden Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem (*Archiv f. Psychiatrie*).

1888. Ueber die nervösen Störungen bei der Pellagra (*Deutsche med. Woch. schr.*).

— Das pathologische Element in der Trunksucht (*Wiener Klin. Wochenschr.*).

1889. Schwere Antipyrinvergiftung bei einem Kinde (*Berlin. Klin. Wochenschr.*).

1893. Klinische u. anatomische Studien über die Pellagra (Berlin, Kornfeld).

*Note sur deux cas de lésions organiques du cœur
chez des aliénés.*

M. CHRISTIAN. — Messieurs, j'ai observé récemment dans mon service deux faits assez intéressants pour que je vous en entretienne un instant. Ce sont deux cas de lésions organiques du cœur, trouvées à l'autopsie, et non soupçonnées pendant la vie.

Le premier se rapporte à un dément entré à Charenton en 1890, après avoir passé cinq ans à Bicêtre. A première vue j'avais pris ce malade pour un idiot ; il en avait tout l'habitus extérieur ; il était atteint d'une perforation congénitale de la voûte palatine, opérée sans succès par Jobert de Lamballe et Nélaton ; il avait une difformité presque monstrueuse du nez, enfin il était réduit à une existence absolument végétative. Mais il n'avait pas toujours été dans cet état puisque, pendant plusieurs années, il avait rempli les fonctions de clerc d'avoué.

Pendant les trois ans que M... à passés dans la maison, je n'ai eu aucune particularité à relever chez lui. Tout au plus avais-je remarqué, vers l'automne de 1893, qu'il maigrissait ; il avait les jambes enflées, présentait une teinte asphyxique des téguments ; mais l'appétit et le sommeil étaient conservés.

Le 21 octobre, à la visite du matin, on me le signala comme ayant eu des vomissements pendant la nuit ; je le trouve pâle, fatigué, et je le fais mettre au lit, en lui prescrivant une tasse de thé au rhum. Il se trouva si bien remis que, dans la journée, il put recevoir la visite de sa sœur et manger de bon appétit les friandises qu'elle lui avait apportées.

On le coucha de bonne heure. Le lendemain matin il fut trouvé mort dans son lit et déjà froid. Il n'avait pas proféré une plainte, ni fait le moindre mouvement.

A l'autopsie, infiltration tuberculeuse des poumons ; le péricarde renferme une quantité de sang liquide qui peut être évaluée à la contenance d'un grand verre à boire. Sa face interne est tapissée de fausses membranes épaisses, bien organisées, évidemment anciennes.

Pas d'altération du cerveau ni des méninges.

En résumé, la lésion capitale chez ce malade c'est une *péricardite hémorragique*, affection certainement rare ; je ne me souviens pas de l'avoir rencontrée plus de deux ou trois fois.

Les fausses membranes s'étaient développées d'une façon insidieuse, et rien n'avait pu faire soupçonner leur existence pendant la vie. Elles étaient parsemées de foyers hémorragiques d'âges différents. La mort subite a sans doute été provoquée par la compression du cœur due à l'hémorragie ultime.

Quelques jours après, je faisais l'autopsie d'un paralytique général âgé de cinquante-quatre ans, depuis cinq ans dans mon service, et arrivé à la période ultime du marasme paralytique. Il mourut subitement en essayant de se lever de son fauteuil.

Je trouvais chez lui, outre les lésions caractéristiques de la paralysie générale, une symphise presque complète du péricarde. Il existait entre la séreuse et la base du cœur des adhérences intimes, tellement fortes, qu'on enlève avec elles des lambeaux du tissu musculaire. Ces adhérences n'occupent que la base et la partie moyeuue du cœur : la pointe est libre.

Je signalerai encore une autre particularité curieuse : dans l'intervalle entre la quatrième et la cinquième côte, du côté gauche, nous trouvons, enkystée entre les deux muscles intercostaux, une balle de revolver de fort calibre ; cette balle était là depuis plus de cinq ans, le malade, ayant fait, au début de son affection, une tentative de suicide. Cette balle n'avait pas atteint le tissu cardiaque.

Tels sont les faits sur lesquels j'ai voulu attirer votre attention ; ce sont des lésions graves et étendues du cœur qui ont pu exister pendant longtemps, pendant des années, sans que jamais le moindre trouble fonctionnel en ait fait soupçonner l'existence.

Il ne serait peut-être pas sans intérêt de relever les faits de ce genre chez les aliénés ; on en trouverait certainement de fort curieux. Je ne crois pas d'ailleurs qu'il existe un rapport direct entre l'altération du cœur et la maladie mentale : il en serait autrement dans les cas d'affections aiguës du cœur. Pour celles-ci des recherches ont été faites déjà anciennement : je ne rap-

pelleraï que celles de Saucerotte (de Lunéville) (1), d'Anbanel, et quelques observations éparses dans les Recueils d'aliénation mentale.

M. CHARPENTIER. — M. Christian a-t-il trouvé quelque lésion cérébrale chez le malade atteint de péricardite?

M. CHRISTIAN. — Je n'ai rien constaté chez ce malade du côté du cerveau.

M. AUG. VOISIN. — M. Christian a-t-il remarqué des tubercules dans la plèvre et le péricarde?

M. CHRISTIAN. — Je n'en ai pas observé.

Ordre du jour

M. FALRET. — Je demande que l'on maintienne à l'ordre du jour des prochaines séances l'importante question des variétés cliniques de délire de persécution.

La séance est levée à cinq heures et demie.

RENÉ SEMBLAIGNE.

1. *Ann. méd.-psychol.*, 1844.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1894.

I. — *Un cas de paralysie de Brown-Séguard*; par le Dr Kioer (numéro de janvier). — L'auteur rappelle que Pontoppidan qualifie de rareté clinique, l'existence du type parfait de paralysie de Brown-Séguard; aussi, estime-t-il que le cas qu'il a observé mérite d'être relaté.

Il s'agit d'un ouvrier qui, en 1878, à l'âge de trente-cinq ans, reçut un coup de poignard dans le dos, au niveau des apophyses épineuses des sixième et septième vertèbres dorsales, un peu dehors et à gauche de la ligne médiane.

Il eut de la paralysie du membre gauche inférieur avec anesthésie du membre droit, avec une zone anesthésique à gauche, au niveau du traumatisme, ce côté ayant gardé ailleurs sa sensibilité normale. Après un an de traitement, cet ouvrier put se remettre au travail, et se croyait guéri, lorsque, en 1890, par conséquent douze ans après son traumatisme, il dut rentrer à l'hôpital pour faire soigner des douleurs sciatiques.

A cette occasion l'auteur constata l'état suivant: atrophie musculaire marquée du membre gauche inférieur, mouvements possibles malgré une certaine parésie, pas d'ataxie, marche gênée par la raideur du membre gauche, contracture des tendons de la face dorsale du pied et du creux poplité; point douloureux au niveau de l'échancrure sciatique et sur le trajet du nerf sciatique; pas de troubles trophiques de la peau ou de ses annexes, pas de différence de température entre les deux côtés, mais exagération de la sueur sur le membre gauche inférieur. Les réflexes plantaires et patellaires sont augmentés à gauche et paraissent diminués à droite.

Le sens musculaire est intact des deux côtés. La sensibilité

est normale à gauche, sauf au niveau de la cicatrice dorsale (section du nerf); à droite, au contraire, la sensibilité est diminuée jusqu'à la hauteur de la région dorso-lombaire.

Ce malade guérit de ses douleurs sciatiques, et sortit sans que les autres symptômes se fussent modifiés.

L'auteur estime qu'il y a peu de cas aussi typiques de paralysie de Brown-Séguar. Il fait remarquer néanmoins que, pour être conforme au type parfait de la paralysie de Brown-Séguar, le cas qu'il relate et qui, par son étiologie, se rapproche autant que possible de la paralysie expérimentale de Brown-Séguar, aurait dû présenter de l'hyperesthésie du côté paralysé, et aussi de l'absence du sens musculaire; mais il insiste sur ce point que, pour un traumatisme remontant à douze ans, il n'y a pas lieu de s'étonner si certains symptômes sont effacés; d'autre part, puisqu'il n'y a plus de paralysie à gauche, mais simplement de la parésie, il faut bien admettre que les faisceaux conducteurs de la motricité s'étaient rétablis, et dès lors admettre que la voie s'était rétablie aussi pour le sens musculaire. Cette hypothèse s'accorde avec l'opinion de Brown-Séguar relative au *non-entrecroisement* dans la moelle des faisceaux conducteurs du sens musculaire.

L'auteur rappelle en terminant un cas semblable au sien, publié par Gilbert dans les *Archives de neurologie*, 1882.

II. — *Deux cas de paralysie générale aiguë*; par le Dr Zaehner (numéro de février). — Au congrès de Berlin, l'auteur a déjà soutenu qu'il existe des paralysies générales à marche aiguë pour lesquelles l'hypothèse de Mendel, qui donne pour substratum anatomique à cette affection une encéphalite interstitielle, n'est pas admissible.

Deux nouveaux cas, observés par l'auteur à l'asile de Stephausfeld, viennent à l'appui de la doctrine soutenue par lui au congrès de Berlin.

Le premier cas est celui d'un officier de cavalerie qui, jusqu'au milieu de novembre 1889, put encore faire un service et qui fut admis à l'asile le 3 décembre et y succomba au bout de neuf jours, après avoir présenté les symptômes du délire à forme anxieuse décrit par Schüle sous le nom de *délirium acutum melancholicum*. L'absence d'attaques épileptiformes et de signes somatiques de paralysie du côté des pupilles, de la langue, du nerf facial, etc., ne permit pas d'imputer les troubles mentaux à une paralysie générale; et, cependant, l'autopsie prouva qu'il s'agissait réellement d'une paralysie générale.

On observa en effet des adhérences à la partie antérieure du cerveau, un état chagriné de l'épendyme des ventricules, et une disparition très marquée des fibres nerveuses dans l'écorce cérébrale. Du côté du système vasculaire on observa des lésions de nature inflammatoire, mais à un degré peu avancé et qui ne permet pas de considérer ces lésions comme la cause de la disparition des fibres nerveuses.

Il s'agit donc ici d'une paralysie générale, ayant cliniquement évolué comme un cas de délire aigu, ce qui semble confirmer l'opinion de Jolly, Mendel et d'autres auteurs qui estiment que le délire aigu n'est pas une entité morbide *sui generis*, mais simplement un ensemble symptomatique, qui, sous certaines conditions, peut se présenter dans des affections mentales variées.

Le deuxième cas que rapporte l'auteur est celui d'un employé de bureau, qui, devenu mélancolique en septembre 1890, eut en octobre des attaques épileptiformes, fut admis à l'asile le 3 novembre, et présenta jusqu'au 12 novembre des troubles mentaux à forme mélancolique et des signes somatiques permettant d'établir le diagnostic de paralysie générale.

A l'autopsie, pas d'adhérences, hyperhémie des méninges, état chagriné de l'épendyme des ventricules, disparition des fibres nerveuses de la substance corticale, lésions inflammatoires du système vasculaire à un degré plus avancé que dans le cas rapporté plus haut.

Ces deux cas prouvent, d'après l'auteur, que Mendel et les auteurs qui pensent avec lui que la paralysie générale est toujours caractérisée par une encéphalite interstitielle, sont trop exclusifs et que, dans certaines paralysies générales, la lésion des fibres nerveuses précède celles du système vasculaire et du tissu conjonctif.

L'auteur reconnaît d'ailleurs que s'il envisage le cas, cité par Greppin, il est forcé d'admettre qu'il s'agit d'une paralysie générale à marche rapide et dans laquelle les lésions inflammatoires de l'appareil vasculaire et du tissu conjonctif ont précédé la disparition des fibres nerveuses.

Aussi croit-il que nous désignons par paralysie générale des formes morbides variées, et qu'à ces variétés correspondent des processus anatomiques différents. En tout cas, ajoute l'auteur en terminant, les faits cités plus haut prouvent une chose, à savoir qu'il existe des psychoses à marche suraiguë qu'on ne saurait qualifier autrement que de paralysies générales, et qui

constituent une encéphalite parenchymateuse, et non interstitielle.

III. — *De l'altération des couches optiques dans la paralysie générale*; par le D^r Zagari (numéro de février). — Si les symptômes psychiques et certains troubles de la motilité indiquent que, dans la paralysie générale, le cerveau est le siège d'une lésion chronique diffuse, il y a aussi des symptômes qui paraissent subitement, et quelquefois disparaissent assez rapidement, indiquant ainsi, qu'à la lésion chronique vient s'ajouter une altération circonscrite comparable à celle de l'hémorragie cérébrale, de l'embolie, etc. Parmi les symptômes trahissant ces lésions circonscrites, l'auteur range les troubles aphasiques, les monoplégies, les hémiplegies, les troubles des sens, etc.

Or Lissauer (*in Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 56) a soumis à l'examen microscopique les couches optiques de neuf cerveaux de paralytiques, ayant présenté des symptômes aigus de foyers cérébraux, semblant révéler des lésions circonscrites. Il trouve dans les neuf cas des foyers circonscrits de tissus dégénérés dans les couches optiques.

Ayant, plus tard, examiné des cerveaux de paralytiques n'ayant pas présenté de symptômes de foyer pendant la vie, et ayant trouvé dans ces cas les couches optiques indemnes, il conclut à une relation directe entre l'existence des foyers de dégénérescence dans les couches optiques, et les accidents tels que attaques épileptiformes, monoplégies, hémiplegies, etc., survenus pendant l'évolution de la paralysie générale.

Le travail intéressant de Lissauer poussa l'auteur à faire des recherches dans le même sens, et pour ne pas être influencé par des idées préconçues, il examina, au moyen des procédés les plus perfectionnés, cinq cerveaux de paralytiques généraux mis à sa disposition par le professeur Mendel, sans connaître préalablement l'observation clinique des sujets. Ce n'est qu'après avoir fait ses constatations microscopiques, qu'il les mit en parallèle avec les symptômes observés.

Ce procédé a donné les résultats suivants : Pour le premier cas, l'auteur a trouvé des foyers de dégénérescence dans la partie antérieure de la couche optique gauche, et dans toute l'étendue de la couche optique droite. Il y avait eu pendant la vie toute une série de symptômes de foyers.

Pour le deuxième cas : petits foyers de dégénérescence dans la partie antérieure de la couche optique gauche seulement. Il y avait eu pendant la vie une attaque.

Pour le troisième cas : dégénérescence disséminée dans les deux couches optiques. — Une attaque pendant l'évolution.

Dans le quatrième cas : pas de dégénérescence, pas d'attaque.

Enfin, pour le cinquième cas, l'auteur a observé de petits foyers dans la partie antérieure de la couche optique gauche, sans qu'il y ait eu une seule attaque.

Il résulte de ces données que les quatre premiers cas viennent confirmer la théorie de Lissauer, tandis que le cinquième semble l'infirmer.

Aussi l'auteur estime-t-il que ses observations l'autorisent à conclure que, dans la paralysie générale, les couches optiques sont souvent le siège d'altérations particulières, mais qu'il lui est impossible d'admettre entre l'existence de ces lésions et celle des symptômes aigus de la paralysie générale, une corrélation aussi précise que celle que Lissauer a cru pouvoir établir.

IV. — *Contribution à l'étude de la dyslexie*; par le professeur Pick (numéro de mars). — Le Dr Berlin, dans une monographie sur la dyslexie, attribue ce symptôme à des troubles circulatoires. — Un fait connu depuis longtemps en médecine vétérinaire, et étudié sur l'homme, surtout par Charcot, présente avec la dyslexie des rapports qui permettent d'aller plus loin dans la recherche de la nature de cette affection, nous voulons parler de la claudication intermittente, ou, comme dit Charcot, « de la paralysie douloureuse intermittente ischémique, ou par oblitération artérielle ».

De même que la dyslexie consiste en une fatigue douloureuse ressentie à la lecture, fatigue qui fait bientôt place à l'impossibilité absolue de continuer à lire, et qui reparait à chaque tentative nouvelle, de même la claudication intermittente est caractérisée, d'après Charcot, chez l'homme, par de la faiblesse du membre après un quart d'heure de marche, de l'engourdissement, puis de la raideur générale du membre, cessation du trouble après un repos de cinq à dix minutes, et, après la reprise de la marche, retour des accidents.

Mais cette analogie clinique s'étend à l'anatomie pathologique.

On observe en effet de la dyslexie comme symptôme de début dans les affections caractérisées par des lésions du système vasculaire cérébral, et chez le cheval, la claudication intermittente précède souvent ou accompagne l'oblitération de la partie inférieure de l'aorte ou de ses principaux troncs. Chez l'homme,

elle est l'effet de l'ischémie fonctionnelle ou intermittente qui précède souvent l'oblitération des vaisseaux correspondants.

Au point de vue du pronostic, les mêmes rapports existent ; et l'auteur croit que Grasset, dans son travail sur le « Vertige cardio-vasculaire ou vertige des artério-scléreux », a raison de signaler le caractère intermittent des symptômes de début, ce qui l'amène à admettre une claudication intermittente des reins, du cœur, du cerveau ; et il estime que la dyslexie, en raison précisément de son caractère intermittent, rentre dans le cadre de la « claudication intermittente » de Grasset. Faut-il admettre avec Huchard, pour interpréter ces phénomènes, la théorie d'un spasme d'abord intermittent et finalement définitif des artérioles, ou bien y voir les résultats d'une perte d'élasticité des parois vasculaires, comme le fait Heubner ?

L'auteur ne touche pas cette question : il se contente de constater que la dyslexie cesse d'être un symptôme isolé, et ne se rattachant au point de vue de la clinique et de la pathogénie à aucun groupe analogue de symptômes.

V. — *Deux cas de polyencéphalite supérieure et inférieure et de polymyéélite intérieure consécutifs à l'influenza, et suivis l'un de mort et l'autre de guérison* ; par le D^r Goldflam (numéros de mars et avril). — Obs. I. — Le D^r L..., soixante ans, inspecteur médical du gouvernement, est gravement atteint d'influenza en décembre 1889. Au commencement de janvier 1890, survient du ptosis avec diplopie de l'œil gauche d'abord, puis de l'œil droit.

Comme antécédents personnels, le malade aurait eu pendant sa jeunesse quelques attaques épileptiques.

Ni syphilis ni alcoolisme.

Le malade est de forte constitution. Il marche sans fatigue et ne se plaint que de quelques tremblements dans les membres inférieurs pendant la station debout. Le réflexe rotulien est conservé, le réflexe plantaire est aboli.

Les membres supérieurs sont sains.

Aucun trouble non plus du côté de la langue, du palais, du pharynx, de la face, de la parole, de l'intelligence.

Le ptosis est très prononcé, surtout à gauche. Les pupilles sont égales et modérément contractées.

Le 13 avril, aux troubles oculaires s'ajoutent des phénomènes d'engourdissement et de paralysie des doigts de la main gauche ; le 11 mai, la main droite est prise à son tour. La paralysie gagne aussi les muscles gauches inférieurs de la face.

Le malade est allé consulter, entre autres spécialistes éminents, MM. Charcot et Nothnagel, qui ont confirmé mon diagnostic.

Bientôt surviennent des troubles bulbaires avec aggravation des symptômes précédents, difficulté de la parole et troubles dans la circulation et la déglutition.

Le 24 juillet, la mort survient.

Cette observation nous présente bien tous les caractères de l'ophtalmophégie nucléaire ou polyencéphalite supérieure de Wernicke : engourdissement, puis paralysie de la main gauche et de la main droite ; les muscles inférieurs de la face sont frappés aussi, prouve que la lésion a gagné les cornes grises antérieures de la moelle cervicale et les noyaux de la base du 4^e ventricule. Plus tard, on constate de la difficulté de la parole, de l'irrégularité du pouls, et des manifestations paralytiques des membres supérieurs, c'est là une paralysie atrophique par dégénérescence, comme l'a prouvé l'affaiblissement de l'excitabilité électrique des muscles.

Les troubles bulbaires furent les moins accentués, mais suffirent à provoquer la mort.

Il est à remarquer que la marche de la lésion anatomique fut descendante, partant des noyaux des trois nerfs des muscles de l'œil, pour gagner successivement la substance grise du troisième ventricule et de l'aqueduc du Sylvius, et enfin la moelle épinière.

Obs. II. — Françoise Ber..., trente ans, marchande de quatre saisons, entrée à la clinique du professeur Luubl, le 21 avril 1887. Pas d'antécédents personnels, quelques céphalalgies pendant sa dernière grossesse. En août 1886, survient du ptosis avec diplopie. Au commencement de février 1887, elle ressent une grande faiblesse dans les membres, en même temps que des troubles dans la déglutition et la parole.

Actuellement la malade accuse une faiblesse très marquée dans les membres inférieurs. Les membres supérieurs sont amaigris et les mouvements presque complètement abolis.

La face est congestionnée, les muscles semblent intacts. Cependant la langue est flasque et peu mobile, et la déglutition difficile. La parole est saccadée. Le ptosis est plus prononcé à gauche qu'à droite. La vision est normale. Il y aurait diplopie pour la vision à grande distance.

L'examen électrique ne dénote aucun trouble bien sensible dans tout l'appareil neuro-musculaire, sauf une légère diminution de l'excitabilité électrique.

On n'a pas constaté la réaction de dégénérescence.

Le 23 avril 1887, on constata des accès très violents de dyspnée se répétant plusieurs fois par jour. En même temps sueur et salivation abondantes jusqu'au 30 avril. A cette époque, l'amélioration se montre.

Le 2 mai, l'appétit revient, la malade reprend des forces tous les jours, et quitte l'hôpital le 15 mai sensiblement améliorée.

J'appris, en septembre 1887, le complet rétablissement de la malade, et, le 20 décembre 1890, une lettre d'un de mes collègues m'annonçait que, depuis sa sortie, elle avait donné le jour à deux enfants bien portants.

J'avais porté le diagnostic de polyencéphalite supérieure et inférieure et polymyélie antérieure. Les paralysies associées des muscles de l'œil avaient le caractère de celles qu'on trouve dans l'ophtalmoplégie nucléaire, et portaient sur les deux yeux et spécialement sur les muscles extrinsèques de l'œil avec intégrité des muscles intrinsèques.

Les symptômes tels que parésie de la langue, diminution du réflexe palatin, difficulté de la déglutition et salivation, ne peuvent être attribués qu'à des lésions du bulbe et des noyaux des nerfs des 7^e, 10^e, 11^e et 12^e paires, d'autant plus qu'il vint s'y ajouter d'autres troubles, tels que accès de dyspnée, augmentation du nombre des pulsations, élévation de la température, qui indiquent que les centres de la respiration et de la circulation n'étaient pas restés intacts.

En effet, le caractère de la paralysie des extrémités, l'atrophie des muscles, la diminution de l'excitabilité électrique, l'intégrité de la vessie et du rectum, prouvent que nous avons affaire à une lésion des cornes grises antérieures.

L'intérêt de cette observation réside en ce fait que la guérison survint malgré toutes les apparences de lésions bulbaires.

Car on n'a pas encore décrit que je sache d'observation d'ophtalmoplégie antérieure externe nucléaire, avec paralysie bulbaire et polymyélie antérieure, suivie de guérison.

Il est probable que, dans le cas particulier, les troubles furent assez peu marqués pour pouvoir être suivis de réparation.

VI. — *Pathologie et physiologie du réflexe anal*; par le Dr Kossolimo (numéro de mai). — L'auteur désigne sous le nom de réflexe anal la contraction du sphincter de l'anus, qui se produit chez l'homme sain à chaque attouchement de la peau ou de la muqueuse de l'anus.

Par des vivisections sur le chien, il a établi que le centre de ce réflexe est situé au point d'émergence du 3^e nerf sacré, et que la section des racines des 4^{es} nerfs sacrés amène la disparition de ce réflexe. Par conséquent, l'arc du réflexe anal est formé, d'une part, par un centre réflexe situé un peu au-dessus du point d'émergence des 4^{es} nerfs sacrés et par ces nerfs eux-mêmes. Ce centre est donc placé dans la moelle plus bas que les centres des autres réflexes musculaires et cutanés, même plus bas que celui du réflexe plantaire. Dès lors, il a semblé à l'auteur que l'étude de ce réflexe pourrait avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic et de la localisation des affections médullaires. Des observations faites sur les malades des hôpitaux de Moscou lui permettent de donner les conclusions suivantes :

1^o Le réflexe anal est augmenté :

a. Chez les neurasthéniques avec augmentation des réflexes cutanés en général.

b. Dans la myélite transversale ayant son siège en un point élevé de la moelle.

c. Dans les lésions du système nerveux accompagnées d'augmentation de la sensibilité.

2^o Le réflexe anal est diminué ou nul :

a. Dans la névrite multiple s'étendant au plexus sacré.

b. Dans le tabes avec lésion des organes pelviens et anesthésie de la région anale.

c. Dans la myélite du segment inférieur du renflement lombaire.

3^o Le réflexe anal reste normal dans les névroses fonctionnelles de l'appareil génito-urinaire ou de la défécation.

Ces conclusions facilitent, d'après l'auteur, le diagnostic différentiel entre les affections fonctionnelles et les affections organiques des viscères pelviens, d'une part, et permettent, d'autre part, de mieux localiser le processus morbide de la moelle.

VII. — *Des troubles vaso-moteurs et de la sensibilité dans la paralysie faciale rhumatismale*; par le D^r Lothar von Franckl-Hochwart (numéro de mai). — A de rares exceptions près, les auteurs prétendent que dans la paralysie faciale rhumatismale et aussi dans la paralysie périphérique, la sensibilité reste intacte. L'auteur, à l'instigation du professeur Nothnagel, a fait des recherches pour s'en assurer.

Or, sur vingt cas de paralysie faciale observés par lui, cas où la compression, le traumatisme, les lésions auriculaires étaient

hors de cause, il a observé trois fois simultanément des troubles vaso-moteurs et des troubles de la sensibilité. Ces complications s'observaient généralement au début de l'affection, et avaient une durée, sinon éphémère, du moins beaucoup moins longue que la paralysie faciale.

En raison du peu de durée de ces complications, l'auteur estime qu'il ne faut pas les attribuer à une lésion concomitante du trijumeau, mais à la présence dans le nerf facial de fibres sensibles et vaso-motrices : présence établie déjà chez les animaux, et pour ainsi dire démontrée par les méthodes clinique et expérimentale.

VIII. — *Contribution à l'étude des formes rares d'aphasie sensorielle*; par le Dr Adler (numéros de mai-juin). — Les cas d'aphasie corticale de Wernicke sont nombreux dans la littérature spéciale et ceux d'aphasie subcorticale et transcorticale sont plus rares; l'auteur en rapporte un où il y a, d'après lui, combinaison de ces deux formes.

Après avoir donné l'observation détaillée, il la résume ainsi :

Le malade, tout en entendant le langage, n'y comprend absolument rien (surdité verbale), il est incapable de répéter les mots qu'on prononce devant lui. Spontanément il peut parler et ce langage n'est gêné que par un peu de paraphasie. La lecture est possible, mais elle est purement mécanique, la compréhension des phrases est très défectueuse. Le malade peut copier un imprimé, mais fait beaucoup de fautes; quant à l'écriture spontanée; elle est très difficile et très imparfaite.

Or, d'après l'auteur, la combinaison de la surdité verbale avec incapacité de répéter les mots, s'observe dans les formes corticales et subcorticales de l'aphasie sensorielle, tandis que dans l'aphasie transcorticale il y a bien surdité verbale, mais la faculté de répéter les mots prononcés devant le malade persiste. Dans le cas rapporté par l'auteur, la forme corticale de l'aphasie sensorielle doit être *rejetée* en raison du *trouble peu accentué* du langage spontané chez le malade, et en raison de la persistance de la faculté de lire.

Il faut donc admettre que surdité verbale et incapacité de répéter sont déterminées par une lésion subcorticale.

Mais d'autre part, dans l'aphasie subcorticale, le langage spontané reste intact, et la lecture et l'écriture sont également possibles; et ce n'est que l'aphasie transcorticale qui produit l'impossibilité de comprendre l'écriture avec persistance de la faculté de lire *mécaniquement*.

Il faut donc admettre, à côté de l'interruption des voies sub-corticales, une interruption de voies transeorticales, et conclure à une combinaison de formes *sub* et *transcorticales* de l'aphasie sensorielle.

IX. — *Sur la chorée héréditaire*; par le Dr F. Jolly (numéro de juin). — La malade, âgée de trente-cinq ans, est atteinte depuis neuf ans de chorée présentant tous les symptômes de la chorée minor, avec troubles intellectuels. Cette même affection avait frappé déjà sa mère à l'âge de trente-cinq ans, et causé sa mort onze ans après, ainsi que deux frères de sa mère : l'un, plus âgé qu'elle, est atteint de cette maladie huit ans avant sa mort, l'autre plus jeune nous est présenté par M. Remak.

Chez ceux-ci les facultés intellectuelles sont restées à peu près intactes. Quatre sœurs de la mère sont en bonne santé.

Il est à remarquer que des deux filles vivantes de la malade, l'une âgée de dix ans, l'autre de onze ans, l'aînée est atteinte aussi de chorée depuis deux ans et présente depuis la même époque des crises épileptiques.

Nous avons donc affaire à une famille de choréiques, dont la maladie à marche chronique jusqu'à la mort a frappé plusieurs individus à l'âge moyen de la vie et même pendant la jeunesse.

Les différences entre la chorée aiguë et la chorée chronique sont surtout sensibles dans les troubles intellectuels : Dans la première, les facultés intellectuelles sont à peine atteintes; dans la seconde, ces troubles peuvent aller jusqu'à la démence.

Cependant on peut dire que la maladie est unique, intéresse surtout le domaine de la motricité, mais peut avoir son retentissement sur les facultés intellectuelles et affectives.

Hoffmann a remarqué avec raison que, chez les choréiques, assez souvent on trouve l'épilepsie, soit chez les ascendants, soit chez les descendants, et que ces deux névroses peuvent exister chez les mêmes individus.

Notre observation nous en montre un exemple : un enfant de la malade était atteint d'épilepsie et de chorée.

Nous savons qu'il existe une solidarité entre toutes les névroses et psychoses, et que l'hérédité polymorphe de Morel joue un plus grand rôle que l'hérédité similaire.

Deux questions peuvent se poser : la chorée est-elle produite par une lésion anormale qui, à la longue, disparaît, ou est-elle due à une particularité fonctionnelle moléculaire ?

Cette affection présente-t-elle des lésions nerveuses, ou est-

elle due au virus choréique, dont on a assuré l'existence avec tant de certitude, sans pouvoir encore le trouver?

X. — *Sur la chorée héréditaire*; par le D^r E. Romak (numéro de juin). — 1. *Chorée typique héréditaire après épilepsie*. — M. H., cinquante-quatre ans, oncle de la malade qui fait l'objet de l'observation précédente, entre à l'hôpital le 4 août pour rhumatisme articulaire subaigu. Le 24 août, on remarque chez lui des mouvements choréiques dans les membres, mais accrus surtout dans les muscles de la face. Le 23 octobre, le malade entre dans mon service.

Comme antécédents héréditaires et personnels on note: père mort d'hémorragie cérébrale à quarante-huit ans; mère morte du choléra à quarante-trois ans, lorsque le malade avait onze ans.

Pas de chorée chez les parents, pas plus que chez une sœur paternelle âgée de quatre-vingt-quatre ans et chez une sœur maternelle qui a soixante-treize ans.

Si donc on veut admettre que les parents soient morts avant que la chorée n'ait apparu chez eux, cette observation nous offre une contradiction à cette loi de Huntington, rappelée par Louvrois, que si une génération n'est pas atteinte, sa descendance doit rester indemne aussi.

Le malade est le plus jeune de sept enfants, dont les deux aînés, atteints de chorée avec démence, moururent l'un à cinquante-six ans, l'autre à quarante-huit ans. Huit enfants du frère aîné choréique étaient bien portants, et la sœur, qui est choréique aussi, est la mère de la malade qui fait l'objet de l'observation du D^r Jolly et a eu deux enfants sains. Trois frères et sœurs de mon malade, dont l'un âgé de soixante ans, l'autre de cinquante-deux ans, sont en bonne santé. Pas d'épilepsie dans la famille.

Le malade aurait été bien portant jusqu'à son service militaire (1857-1859); à cette époque, il aurait pris subitement une crise épileptique.

Ces crises se seraient répétées jusqu'à dix fois dans la même journée, et auraient provoqué sa réforme après un séjour de trois mois à l'hôpital militaire. Plus tard, ces crises se renouvelèrent à des époques peu fixes et deux fois encore après son mariage qu'il contracta à l'âge de vingt-six ans. Depuis vingt-trois ans, elles n'ont pas reparu. Il a eu trois enfants; deux sont morts jeunes de la diphtérie et un jeune homme de vingt et un ans est bien portant.

Le malade présente tous les signes de la chorée avec affaiblissement des facultés intellectuelles.

L'intérêt de l'observation consiste en ce fait que cette chorée héréditaire, survenue à l'âge de quarante ans, est consécutive à une épilepsie grave, qui est allée en s'atténuant de l'âge de vingt-trois ans à trente et un ans.

J. Hoffmann a cité des observations de chorée héréditaire précédée d'épilepsie : une malade de trente-six ans en démence avait été épileptique à l'âge de deux à trois ans ; un autre issu d'une mère épileptique était atteint de paralysie bulbaire avec chorée progressive et crises épileptiques consécutives.

Jusqu'à quel point la chorée progressive de l'âge adulte peut-elle être identifiée à la chorée minor aiguë, le plus souvent guérissable ? Mes observations de chorée symptomatique consécutive à des affections cérébrales acquises ou congénitales portent sur 101 cas de chorée minor idiopathique chez les enfants ou les adultes. Parmi eux se trouve une observation de l'année 1886 avec guérison concernant un enfant de treize ans.

Sa mère qui l'amenait me rappela que mon père l'avait traitée elle-même pour la même affection, et j'ai en effet trouvé une observation datant de 1860. Dans une autre observation d'un enfant de six ans et demi, la mère avait été atteinte de chorée aussi.

Une troisième observation concerne une jeune fille de douze ans dont la tante paternelle avait eu la chorée au même âge. Une autre fois, deux sœurs de lit différent ont été traitées successivement pour chorée. Plus souvent il existe d'autres tares nerveuses chez le père ou la mère : tabes, paralysie progressive, troubles mentaux ou bégaiement (deux cas). Cependant les cas où l'hérédité directe est constatée sont l'exception, et ne se présentent que deux fois pour cent.

2. *Athétose progressive double avec chorée atypique héréditaire.* — Le malade, âgé de onze ans et demi, a été bien portant jusqu'à huit ans. A sept ans et demi il se serait écrasé le pied droit entre une porte, et à huit ans surviennent les premières contractures avec déviation du pied. M. Oppenheim pense à une athétose, et, comme il y a en même temps contracture du tendon d'Achille, on pratique la ténotomie. Les douleurs n'existent que dans le pied droit, et le malade, sorti en novembre 1889, rentré à l'hôpital à la fin de décembre 1890, se plaignait aussi de douleurs dans le pied gauche avec impotence fonctionnelle. Il se plaint aussi de dyspnée lorsqu'il est assis ou couché.

C'est un enfant anémique et peu développé pour son âge. Quand il se meut, tout le poids du corps porte sur le pied droit, pendant que le tronc est fortement incliné du même côté. La jambe gauche est dans l'adduction, et ne touche le sol que par la pointe des orteils, elle est dans la position du pied bot varus. A gauche il n'y a pas de contracture du tendon d'Achille, tandis qu'à droite, consécutivement à la ténotomie, l'articulation du pied est plus lâche. En même temps on constate une atrophie du mollet droit qui mesure en circonférence 3 centimètres de moins que du côté opposé.

Outre les contractures des muscles et du tronc à gauche, on remarque des mouvements d'expansion et de flexion dans les orteils, mouvements lents et répétés sans être rythmiques et localisés surtout dans les tendons des extenseurs des orteils et du tibial antérieur. Les mouvements actifs sont empêchés par les contractures. Pas d'ataxie; sensibilité normale.

On ne trouve pas de contractures dans les membres supérieurs, les réflexes y sont peu développés.

Ce sont là tous les symptômes de l'athétose double progressive.

L'intérêt de cette observation réside en ce fait que, jusqu'ici du moins, les mouvements athétosiques sont limités aux membres inférieurs et aux muscles du tronc avec intégrité complète des membres supérieurs. Ces contractures et mouvements athétosiques ne sont survenus qu'à l'âge de huit ans, et on peut considérer ce cas comme type de l'athétose primitive progressive.

Comme antécédents personnels et héréditaires, on trouve : père, quarante-deux ans, en bonne santé, pas syphilitique; mère, trente-six ans, mariée depuis douze ans, a donné naissance à huit enfants, dont cinq sont morts en bas âge (de deux mois à deux ans); le malade est l'aîné des trois survivants; les deux autres, âgés de neuf et de trois ans, seraient bien portants.

Toute l'hérédité provient de la mère; le père assure que la mère aurait eu, au moment de la conception de cet enfant, des contractures dans le bras droit. Sa mère (grand'mère du petit malade) était bien portante, mais son père était mélancolique. Depuis l'âge de treize ans, la mère de cet enfant aurait souffert d'atrophie du côté droit : l'écriture lui était devenue impossible.

Les contractures du bras droit se sont étendues depuis cinq à six ans au cou, de sorte qu'elle ne peut plus porter la tête.

droite. Le bras droit présente des mouvements franchement choréiques. Les membres inférieurs sont intacts.

La mère du petit malade présente donc tous les symptômes d'une chorée chronique progressive, dans laquelle les muscles du bras et du cou sont fortement intéressés. Il est probable que cette chorée soit idiopathique, puisqu'elle aurait été précédée d'hémiplégie droite. Il se peut donc qu'il s'agisse ici d'une forme tardive d'hémichorée posthémiplégique progressive. Toujours est-il que l'athétose double progressive du fils provient héréditairement de la chorée progressive de la mère.

L'étroite parenté entre l'athétose et la chorée a été souvent décrite déjà, d'abord par Bernhardt, dans une observation d'athétose chez un garçon de douze ans dont deux sœurs étaient atteintes de chorée. Plus tard, le même auteur a observé la transformation de l'hémichorée en athétose chez un hémiplégique.

Charcot et Gowers ont signalé que l'athétose n'était qu'une variété de la chorée.

Cela paraît vrai, surtout dans les formes secondaires d'hémiplégie organique. Tandis que ce sont surtout les formes primitives qui jouent un rôle dans la pathogénie de l'athétose, comme l'a montré Guaneke.

On pourrait donc ici, de la coïncidence entre l'athétose et la chorée progressive de la mère, déduire la proche parenté de ce processus et dire que cette chorée est ici une forme atypique de chorée héréditaire.

XI. — *Gymnastique par suggestion*; par le Dr Lehmann (numéro de juillet). — L'auteur désigne sous ce nom la gymnastique qui consiste à attribuer à un muscle paralysé un mouvement qu'il lui imprime de ses propres mains.

Le malade, sommé d'exécuter avec ses muscles paralysés tel ou tel mouvement, a les centres moteurs cérébraux influencés d'une manière appréciable, et cette influence se traduit par une contraction des muscles symétriques des muscles paralysés.

L'auteur commande, par exemple, à un hémiplégique de faire un mouvement d'adduction avec son pouce paralysé, l'excitation qui part du centre moteur trouvant la voie barrée, prend la direction du côté non malade et amène, à l'insu du patient, l'adduction du pouce sain; en même temps l'auteur imprime au pouce paralysé le même mouvement d'adduction, de telle manière que le patient peut croire que ce mouvement a été exécuté par lui-même.

Cet exercice est répété plusieurs fois de suite, et successivement pour les divers muscles ou groupes de muscles du côté paralysé. Cette gymnastique par suggestion tend à vaincre l'obstacle à la transmission de l'excitation par voie centrifuge, contrairement à l'électrisation des muscles paralysés qui tend à vaincre l'obstacle par voie centripète : aussi, l'auteur estime-t-il que son procédé peut être comparé à la galvanisation centrale de l'encéphale et de la moelle. Il a joint à ce traitement la balnéothérapie, l'électricité, le massage ; mais il aurait eu des succès plus marqués et plus rapides qu'avec ces derniers moyens employés seuls. La pratique de ce traitement exige beaucoup de patience, aussi bien de la part du médecin que de la part du malade. Pour ce dernier elle est fatigante, et les séances ne doivent pas être prolongées jusqu'à épuisement avec céphalalgie. Le malade doit être docile, attentif, et il faut éviter de distraire son attention pendant les séances. L'auteur se promet de faire de nouvelles recherches dans ce sens.

XII. — *Des troubles visuels provoqués par les tumeurs cérébrales*; par le Dr Hirschberg (numéro d'août). — Les tumeurs cérébrales causent pendant leur développement des changements précoces et constants de l'organe de la vue. L'infiltration bilatérale du nerf optique est un des premiers signes d'une tumeur intra-cranienne et aussi un des plus certains. Cette infiltration n'est accompagnée au début d'aucun trouble visuel ; ce n'est qu'après des semaines ou des mois, alors qu'elle cède la place à la sclérose, que la vue diminue ou que la cécité s'établit.

Ces troubles visuels qui ont une si grande valeur diagnostique, s'observent avant les paralysies et les contractures partielles : ils affectent trois formes. La première, appelée par Jackson *amaurose épileptique*, consiste en une cécité survenant subitement, durant très peu de temps, et se répétant souvent dans la journée. Les deux autres sont persistantes et dues, l'une à des lésions de la masse cérébrale, l'autre à des lésions de l'appareil visuel. Dans le premier cas il y a hémicécité des deux yeux ; dans le second, à moins que les deux yeux ne soient également atteints, il y a affaiblissement ou cécité complète d'un œil.

En cas de destruction d'un organe central de la vue par une tumeur du lobe occipital, l'hémicécité est homonyme. Mais il est évident que même, dans ce cas, la cécité peut devenir complète par envahissement du deuxième lobe cérébral par la tumeur.

Il est vrai que, dans ce cas, ou bien le malade succombe avant que l'envahissement ait pu produire la cécité, ou bien il se produit dans les yeux des lésions locales susceptibles d'altérer l'image et de la rendre méconnaissable.

Les tumeurs, au contraire, qui ont leur siège à l'angle antérieur ou postérieur du chiasma, produisent d'abord l'hémi-cécité croisée et ensuite la paralysie des deux nerfs optiques et la cécité complète.

Quant aux troubles visuels ayant leur siège dans l'œil, ils sont de trois espèces :

1° L'augmentation d'étendue du punctum cæcum, qui est due à l'infiltration de la papille et qui passe inaperçue pour le malade.

2° La diminution du champ visuel.

3° La diminution de l'acuité visuelle centrale qui peut aller jusqu'à la cécité.

L'auteur convient que la chirurgie cérébrale est à peu près impuissante contre les tumeurs cérébrales, que les tumeurs syphilitiques sont seules considérées comme susceptibles d'être heureusement influencées par une médication appropriée; mais il tient à faire remarquer que certaines tumeurs cérébrales, dont il est impossible de démontrer la nature spécifique, guérissent sous l'influence de la médication mercurielle et il rapporte quatre observations personnelles à l'appui de cette assertion.

XIII. — *De la conscience musculaire de Duchenne*; par le P^r Pick (numéro d'août). — A propos d'une publication de Reymond sur le phénomène décrit par Duchenne sous le nom de « perte de la conscience musculaire », l'auteur rappelle, en attendant qu'il publie un travail plus complet à ce sujet, que ses recherches l'ont amené à admettre qu'il ne s'agit pas d'une lésion directe du mécanisme du mouvement en un point quelconque, ni d'une diminution du sens musculaire; mais que les phénomènes décrits par Duchenne sous le nom de perte de la conscience musculaire sont imputables à un facteur psychique qui est la diminution de l'*attention*. L'occlusion des oreilles, ou tout autre procédé ayant pour résultat la diminution de l'*attention*, peut amener, d'après l'auteur, les mêmes phénomènes que l'occlusion des yeux. Ce rôle de l'*attention* dans la production de ces phénomènes avait du reste été entrevu par Duchenne et signalé récemment dans les travaux de Binet et de Pitres.

XIV. — *De l'étiologie de la paralysie faciale périphérique*; par le D^r Goldflam (numéro d'août). — Neumann a constaté

que beaucoup de paralysies faciales *a frigore* sont dues à une prédisposition nerveuse, et doivent être imputées à l'hérédité simulaire ou non. Charcot a donné à cette hypothèse l'appui de son autorité.

Quant aux paralysies faciales survenant dans le cours des accidents tertiaires de la syphilis, elles s'expliquent facilement par l'existence de gommés, périostites, etc.

Il n'en est pas de même des cas qui surviennent dans la période initiale de la syphilis; l'auteur rapporte quatre de ces cas et affirme qu'ils sont très fréquents. Il ne croit pas cependant à un rapport étiologique direct avec l'infection syphilitique. L'origine infectieuse lui paraît devoir être rejetée, parce que ces paralysies, contrairement à ce qui arrive pour les autres accidents spécifiques, ne cèdent pas à la médication mercurielle.

Il estime néanmoins qu'il y a lieu d'admettre, que pendant la période initiale de la syphilis et spécialement pendant la durée du premier exanthème, il existe une prédisposition à contracter des paralysies faciales périphériques.

XV. — *Un cas de syphilis du système nerveux central affectant la forme de paralysie tabétique*; par le D^r Martin Brasch (numéros d'août et septembre). — Après avoir insisté sur l'importance d'un diagnostic précoce des affections syphilitiques en raison de l'action thérapeutique dont elles peuvent bénéficier, l'auteur rapporte une observation de syphilis cérébro-spinale méconnue, qu'il résume ainsi : Un homme de quarante-neuf ans, contaminé par la syphilis depuis vingt ans, éprouve depuis un an de la raideur et des douleurs dans les jambes, il vomit et a des troubles du côté de la miction. La maladie dure depuis un an, il y a de l'incertitude de la marche, de l'ataxie des extrémités inférieures, avec analgésie des jambes, le sens du tact étant conservé.

On constate en outre l'existence du symptôme de Romberg, la disparition du réflexe patellaire, de l'incontinence d'urine, etc. Cet ensemble de symptômes fait diagnostiquer une ataxie locomotrice. Quinze jours avant l'admission dans le service, il se présente des symptômes psychiques, tels que somnolence, perte de la mémoire, divagation, incapacité professionnelle; et après l'admission, on constate de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, de l'affaiblissement intellectuel. On diagnostique alors une paralysie générale. L'apathie augmente; dix jours après l'entrée, état comateux, congestion pulmonaire double et le douzième jour le malade succombe.

A l'autopsie on constate les lésions suivantes :

Pachyméningite spinale circonscrite; leptoméningite spinale, œdème et hyperhémie cérébrale; gomme dans le lobe temporal droit, ramollissement et gomme dans le lobe temporal gauche, endartérite syphilitique, foyers multiples de ramollissement cérébral.

L'examen microscopique révèle : des lésions syphilitiques des vaisseaux de la moelle et aussi, quoique à un degré moindre, des enveloppes cérébrales; des dégénérescences de tous les systèmes de faisceaux nerveux de la moelle, affectant une forme plus systématisée dans les parties dorsales inférieure et lombaire supérieure et rappelant dans ces régions les lésions du tabes.

Des anomalies de configuration de la substance grise dans la moelle dorsale inférieure; et dans la partie supérieure, une tumeur de la substance grise en dehors de la pie-mère.

Des altérations tantôt faibles, tantôt plus accentuées des racines antérieures et postérieures. Des lésions des noyaux de la moelle allongée, des foyers hémorragiques nombreux ainsi que des foyers de ramollissement dans le lobe cérébral moyen. L'examen révèle la nature gommeuse des deux tumeurs signalées. Dans l'écorce cérébrale on constate l'augmentation de la névroglie à certains endroits, mais les fibres et les cellules nerveuses sont intactes.

L'auteur fait observer que, malgré les progrès réalisés, le diagnostic différentiel de la syphilis cérébro-spinale avec d'autres maladies organiques des centres nerveux, est souvent hérissé de difficultés, d'autant plus que la syphilis peut se combiner avec ces dernières. Dans le cas rapporté par lui, il y a des lésions localisées de tabes à côté de lésions syphilitiques. Les premières sont moins étendues, et cela pourrait bien tenir à ce que les ravages exercés par les secondes en ont, en certains endroits, effacé les traces. Quant à la question de priorité, l'auteur la tranche en faveur de la syphilis, et estime qu'en raison de l'ancienneté de l'infection, les lésions syphilitiques ont dû se produire d'abord, et que le tabes s'est développé sur le terrain ainsi préparé. Il fait remarquer ensuite que, si d'après les renseignements donnés par la famille et les symptômes observés pendant trop peu de temps, on a, par erreur, diagnostiqué une paralysie générale, il est à noter que la localisation des lésions syphilitiques a encore augmenté les difficultés du diagnostic. Thomsen, Oppenheim et Siemerling ont déjà signalé cette diffi-

culté qui existe chaque fois que les tumeurs syphilitiques ne se trouvent pas à leur siège habituel, à la base du cerveau.

Dans le cas rapporté il n'y avait à la base du cerveau que des lésions vasculaires, et l'écorce cérébrale ne présentait aucune des lésions propres à la paralysie générale. Après avoir démontré la nature spécifique des lésions vasculaires et énuméré les difficultés que présente souvent le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la syphilis cérébro-spinale, l'auteur insiste sur la nécessité du traitement mercuriel chaque fois qu'on suspecte l'existence de la syphilis. Dans le cas particulier il estime néanmoins que les lésions étaient sans doute trop avancées pour être susceptibles de réparation.

XVI. — *Contribution à l'étude des lésions syphilitiques du système nerveux central*; par le P^r Richard Schulz (numéro d'octobre). — Le D^r Schulz communique l'observation suivante pouvant contribuer à l'étude des lésions syphilitiques du système nerveux central.

Un ouvrier âgé de soixante-quatre ans est frappé en 1857, c'est-à-dire dans sa trentième année, d'une attaque d'apoplexie avec paralysie gauche qui disparaît au bout de quelques jours; une seconde attaque, survenue en 1885, produit de nouveau de la paralysie aussi peu durable, mais laisse le malade dans l'incapacité de travailler. En même temps il souffre de céphalalgie, de douleurs dans le dos et la poitrine, et d'incontinence d'urine. Une troisième attaque le laisse paralysé des membres gauches en novembre 1890.

Soumis à l'examen clinique, il présente une paralysie totale du nerf facial droit, une double paralysie des abducteurs de l'œil produisant un strabisme convergent très prononcé; de la faiblesse dans les membres du côté gauche, de la diminution de la sensibilité de tout le côté gauche du corps et de la face s'arrêtant exactement à la ligne médiane, des troubles trophiques des extrémités et de l'incontinence d'urine. Le malade nie la syphilis.

On porte le diagnostic de paralysie alterne portant à droite sur tout le territoire du nerf facial, à gauche produisant la paralysie des membres, et provoquée par une néoformation se trouvant dans la moitié droite de la protubérance annulaire, au-dessous du point d'entre-croisement du nerf facial et s'étendant jusque dans la région de la capsule lenticulaire droite postérieure, ce qui explique l'anesthésie complète constatée du côté gauche.

L'autopsie est faite par le D^r Beneke le 20 décembre 1890, et l'examen microscopique donne les résultats suivants, intéressants surtout pour l'artère sylvienne droite. La lumière de ce vaisseau est obstruée par une prolifération en forme semi-lunaire de la tunique interne, sur une étendue de 1 centimètre. Cette lésion est regardée par Heubner comme caractéristique de la syphilis. De plus, une néoformation gommeuse à forme nodulaire bizarre que Baumgarten reconnaît comme spécifique, est trouvée entre la tunique adventice et la tunique moyenne, présentant une riche accumulation de leucocytes dans le voisinage et une tendance à la caséification de la partie centrale de la tumeur. On rencontre plusieurs petits foyers de ramollissement dans la couche optique droite, dans le noyau lenticulaire droit et la moitié droite et postérieure de la protubérance annulaire. On constate une méningite spinale surtout à la partie postérieure de la moelle, une légère dégénérescence du cordon de Goll, lésion plus prononcée dans les racines postérieures que dans les racines antérieures. Les parois des petits vaisseaux sont le siège d'une dégénérescence hyaline, et dans la substance grise on trouve des points hémorragiques récents. Le malade avait encore une hypertrophie du lobe moyen de la prostate et une hydronéphrose double prononcée.

En recherchant la relation entre ces lésions anatomo-pathologiques et l'état du malade, on voit que les attaques suivies de paralysie des membres gauches trouvent leur explication dans les foyers de ramollissement nombreux de la couche optique droite et du noyau lenticulaire droit. Ces foyers de ramollissement ont pour cause le rétrécissement de l'artère sylvienne droite.

La paralysie totale du côté droit tient aux raies de ramollissement trouvées dans la moitié droite et postérieure de la protubérance annulaire, au-dessous de l'entrecroisement du nerf facial. Elles sont produites probablement par des lésions des petits vaisseaux qu'on n'a pu constater à l'autopsie.

Les douleurs anciennes dont le malade se plaignait dans le dos et la poitrine peuvent être attribuées à la méningite spinale de date ancienne aussi et à la lésion rénale dont il souffrait.

Quant à l'anesthésie de la moitié gauche de la face, elle devait, à mon avis, tenir à une dégénérescence du nerf trijumeau gauche, par lésion de voisinage, ce qui explique la diminution du goût sur les deux tiers antérieurs de la langue.

Pour la paralysie des nerfs abducteurs de l'œil, aucune expli-

cation ne se présente, les recherches dans ce sens ayant été négligées pendant l'autopsie. Je ne doute point qu'ils n'aient été le siège d'un processus de dégénérescence comme les racines médullaires dorsales.

Les troubles trophiques des membres, survenus seulement dans les derniers temps de la maladie, trouvent leur explication dans les nombreuses hémorragies punctiformes de la substance grise de la moelle dorsale.

L'incontinence d'urine et des matières fécales était due à la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle et des racines médullaires dorsales. De même les légers troubles de déglutition observés chez le malade peuvent être mis sur le compte d'une altération du noyau du nerf vague.

Pour terminer, je dois justifier pourquoi je mets sur le compte de la syphilis cette affection, malgré les dénégations du malade.

L'évolution et les symptômes cliniques de la maladie confirment ce diagnostic. La première attaque frappe le malade dans sa jeunesse, à trente ans. Les attaques multiples de paralysie et la marche particulière de l'affection sont d'autres preuves à l'appui.

On pourra m'objecter la longue durée de la maladie (trente-quatre ans), mais de pareils cas se présentent. Il s'agit ici d'une méningite syphilitique à marche extrêmement lente.

Une confirmation de mon opinion se trouve dans les lésions vasculaires de l'artère sylvienne droite qui, d'après Baumgarten, comme dans mon observation, sont spécifiques de la syphilis.

Quant aux autres dégénérescences des vaisseaux trouvés dans la moelle dorsale et la pie-mère spinale, je puis dire que cette dégénérescence amyloïde des vaisseaux a été trouvée chez des sujets syphilitiques par Litten, Buttersack et Siemerling dans des lésions du système nerveux central d'origine syphilitique.

Si les vaisseaux cérébraux n'ont pas présenté de lésions plus prononcées, cela tient au cours extrêmement lent de l'affection.

Si le malade avait vécu plus longtemps, il aurait présenté les symptômes du tabes atypique, comme l'ont décrit Oppenheim et Eisenlohr.

XVII. — *Anatomie pathologique de la paralysie générale* ; par le professeur Binswanger (numéro d'octobre). — D'après l'auteur, les cas de paralysie générale compliqués de syphilis, ne différant en rien des autres, il est impossible d'admettre, avec un certain nombre d'écrivains, une paralysie générale spé-

eifique avec manifestations psychiques et somatiques particulières. Néanmoins, la statistique établissant que 50 p. 100 des paralytiques sont atteints de syphilis, il faut reconnaître à elle-ei un rôle étiologique dans la paralysie générale, rôle analogue à celui des autres facteurs susceptibles de provoquer la paralysie générale.

Les rares cas de cette affection, qui, compliqués de syphilis, évoluent d'une manière atypique, ne permettent pas d'éclaircir la question du rôle pathogénique de la syphilis dans la paralysie générale sur le terrain clinique ; on n'a pas été plus heureux sur le terrain anatomique.

En effet, les cas, même à évolution atypique, ne présentent souvent à l'autopsie que les lésions diffuses banales de la paralysie générale. Il y a cependant, parmi ces derniers, des exemples avec lésions spécifiques (gommés ou artérites). L'auteur en rapporte deux cas. Un de ses malades présentait des productions gommeuses dans l'oculo-moteur droit, l'autre dans la faux cérébrale : tous les deux présentaient de l'artérite spécifique. L'auteur estime qu'il n'y a pas de rapport entre ces lésions spécifiques et les lésions soit dégénératives atrophiques diffuses, soit inflammatoires, survenues plus tard et formant le substratum anatomique de la paralysie générale. Ces dernières doivent être considérées comme des affections consécutives, « Nachkrankheiten », de la syphilis, atteignant spécialement le système nerveux central, tandis que les lésions spécifiques sont comparables aux accidents inflammatoires, gommeux ou ulcéreux, de la syphilis qui peuvent se produire sur une région quelconque du corps.

XVIII. — *De l'emploi du sulfate de duboisine dans le traitement des maladies mentales* ; par le D^r Max Lewald (numéro d'octobre). — Depuis longtemps on a reconnu que dans le traitement des maladies mentales la médication était insuffisante. Cependant, il est du devoir du médecin spécialiste de chercher un médicament qui pût momentanément reposer, quelquefois endormir les malades. Ce remède doit présenter toute l'activité et la sécurité désirables, il doit être d'un emploi facile et exposer le moins possible le malade à l'accoutumance.

Un médicament semble remplir ces conditions, ou au moins les plus importantes, c'est le chloral ; mais il n'est pas sans danger, à cause de ses propriétés modificatrices de la pression sanguine, surtout à haute dose (Prévozt l'appelle un poison de cœur). L'hyosciamine est un remède héroïque et d'un effet

incertain. Le sulfonal est d'une application difficile, surtout chez les malades agités, etc.

Ostermayer et Préninger préconisent l'emploi du sulfate de duboisine et expriment le désir de voir leurs confrères consigner les résultats de leur expérience sur ce médicament.

Le sulfate de duboisine a été introduit dans la pharmacopée contemporaine par Merk, de Darmstadt. Il est très soluble dans l'eau et nous ne l'avons employé qu'en injections sous-cutanées, en solution de 0 gr. 04 sur 20 grammes d'eau. Nous l'avons prescrit dans vingt-deux cas, ne portant que sur des femmes, la plupart des femmes âgées (les ressources de notre asile ne permettant pas son emploi sur des hommes).

Voici les résultats que nous avons obtenus : nous avons bien remarqué que la dose de 0 gr. 0002, ou 0 gr. 0005, ou 0 gr. 001, prescrite par Liebreick et Langaard en 1891, était de peu d'efficacité chez les aliénés. Au contraire, une dose de 0 gr. 002 (une seringue de la solution ci-dessus indiquée) nous parut suffisante et assez efficace; aussi ne l'avons-nous jamais dépassée, d'abord parce que les résultats obtenus par Ostermayer et Préninger semblent indiquer que ce n'est pas sans danger qu'on dépasse cette dose de 0 gr. 002 qui, dans la plupart des cas, est suivie d'un effet immédiat.

Des trente et une femmes traitées par le sulfate de duboisine, six étaient atteintes du délire hallucinatoire, quatre de délire maniaque et périodique, trois de délire épileptique et une de démence sénile. Les injections furent faites avec toutes les précautions antiseptiques désirables et jamais nous avons eu d'abcès ou d'infiltration; en outre, la durée de l'injection paraît être nulle ou du moins aucune de nos malades ne s'en est plaint. Le premier symptôme de l'alkaloïde sur l'organisme est la mydriase survenant presque aussitôt après l'injection. Après dix minutes ou une demi-heure (rarement plus tard), se montrent des symptômes prouvant l'action du médicament sur le cerveau : l'agitation se calme, la malade est plus tranquille, la parole plus lente, les mots deviennent incompréhensibles, la malade marche plus lentement et, finalement, survient, dans trois quarts de nos observations, un sommeil d'une durée de deux à sept heures; dans peu de cas seulement, ce sommeil fut d'une longue durée. Avant le sommeil, on observe des étourdissements, de la fatigue et rarement de l'ébriété, symptôme que je mets, avec Ostermayer, sur le compte du sommeil, plutôt que de le regarder, comme Préninger, comme un indice d'épuise-

ment. Les malades se calment, et dorment de vingt à trente minutes après l'injection, d'un sommeil si profond que l'examen du pouls et la recherche de la température souvent ne les réveillent pas. Dans 24 p. 100 de nos observations, on a noté un temps de repos de deux à trois heures sans sommeil et dans 4 p. 100 des cas le médicament resta sans efficacité.

En comparant nos résultats obtenus avec ceux de Ostermayer et de Preininger, on voit que, comme l'a avancé déjà Preininger, le sulfate de duboisine a plus d'efficacité sur les femmes que sur les hommes. En effet, Ostermayer, dans les deux sexes, a vu dans 66 p. 100 des cas, produire le calme avec sommeil et dans 13 p. 100 des cas, le calme sans sommeil.

Parmi les observations où le médicament n'eut pas toute son efficacité, se trouve celle d'une malade âgée de vingt-huit ans, atteinte de délire aigu hallucinatoire avec cris. Une injection sous-cutané de 2 milligrammes de sulfate de duboisine lui est faite; au bout de huit minutes, elle est encore plus agitée et se roule par terre; les pupilles sont très dilatées, le pouls est à 168 et la respiration à 35; la face est congestionnée. On injecte 2 grammes d'éther et on lui met des compresses froides sur la tête et sur la poitrine et, au bout de vingt minutes, l'excitation tombe. A quoi faut-il attribuer, dans ce cas, la réaction du médicament donné à la dose ordinaire de 0 gr. 002? Je l'ignore. Preininger cite le même cas après une injection de 0 gr. 0025 et explique l'effet produit par l'action du médicament sur le cœur. Cette explication paraît peu plausible, alors que, dans notre observation, la même dose de sulfate de duboisine était parfaitement tolérée par les autres malades. L'emploi du sulfate de duboisine n'est donc pas absolument sans danger. Dans un cas de manie périodique, le médicament resta sans effet et ne produisit que la mydriase. Après une nouvelle injection de 0 gr. 002, le lendemain, le malade fut en état d'ébriété sans sommeil.

La fréquence du pouls et de la respiration ne fut dans les autres cas aucunement influencée par l'injection. Les personnes débilitées supportent l'injection du sulfate de duboisine, d même que les autres malades, comme Ostermayer l'avait déjà remarqué.

Quels sont les inconvénients du sulfate de duboisine? Telle est la question qu'on doit se poser, comme pour tous les nouveaux médicaments. D'abord la mydriase, ensuite une sensation de sécheresse à la gorge et de soif dont se plaignent les malades

après l'injection. Je n'ai jamais remarqué, comme Preininger, de contractures dans les muscles de la face.

Nous n'avons pas employé le médicament dans les cas d'insomnie seule. Ostermayer a vu, quinze à vingt minutes après l'injection d'une dose moyenne de sulfate de duboisine, survenir un sommeil de huit à dix heures, alors que 2 à 3 grammes de chloral étaient restés sans effet.

L'accoutumance à ce médicament se produit évidemment après plusieurs jours consécutifs de traitement; mais il suffit de suspendre les injections quelque temps (deux fois vingt-quatre heures suffisent) pour voir revenir son efficacité.

Le peu de temps qu'ont duré nos observations ne nous permet pas de nous prononcer sur l'efficacité du médicament sur le cours ultérieur de la folie, après un traitement suivi. L'avenir décidera cette question.

Avec Ostermayer et Preininger, je puis conclure que le sulfate de duboisine en injections sous-cutanées est un sédatif et un hypnotique chez les femmes; cependant je conseillerais de ne jamais dépasser la dose de 0 gr. 002.

XIX. — *De la circulation sanguine du cerveau pendant les attaques épileptiques (d'après des recherches du Dr Todorsky)*; par le P^r W. V. Bechterew (numéro de novembre). — La question de la circulation sanguine du cerveau, pendant des attaques épileptiques, n'a pas encore été nettement élucidée. Le Dr Todorsky a voulu l'étudier expérimentalement. Chez des chiens et des chats, il provoqua des attaques épileptiques par des courants d'induction, dirigés sur l'écorce cérébrale ou par des injections d'essence d'absinthe, de cinchonine ou de cinchonidine dans la veine crurale. Par une couronne de trépan qui mettait à nu les vaisseaux du cerveau, il pouvait observer directement la circulation sanguine pendant les attaques, en même temps qu'il mesurait la tension artérielle dans l'artère de Willis et l'aorte par la méthode de Hürtle.

Il pratiquait de chaque côté du crâne de l'animal une couronne de trépan qui mettait à nu l'écorce cérébrale dans les régions motrices, ou à la base du crâne. Par l'une de ses ouvertures, il introduisait l'électrode de l'appareil d'induction; par l'autre, il observait les vaisseaux de la pie-mère après incision de la dure-mère, soit à l'œil nu, soit avec une loupe.

Les nombreuses expériences de Todorsky ont montré qu'au début de l'attaque épileptique, le cerveau est congestionné, les plus petits vaisseaux de la pie-mère se dessinent en relief et

cette membrane elle-même, gagnée par la congestion, se gonfle jusqu'à venir au contact du verre qui ferme la couronne de trépan. A la fin de l'attaque, la méninge reprend peu à peu son aspect normal. Les vaisseaux ne retrouvent leur état ordinaire que dans la période comateuse. Ces phénomènes sont bien plus prononcés dans les attaques provoquées par l'extrait d'absinthe la cinchonine ou la cinchonidine, que par les excitations du cerveau par les courants induits.

Pour les observations sur la pression sanguine pendant les attaques épileptiques provoquées, il procédait ainsi :

L'artère carotide est découverte au niveau de l'artère thyroïdienne, jusqu'à sa division en carotides interne et externe. A chacun des extrémités périphérique et centrale du vaisseau est fixé un tube, une ligature est faite aux artères thyroïdienne, carotide externe et auriculaire. Les deux tubes sont mis en communication avec des manomètres du kynographe de Ludwig, et la pression sanguine existant à chaque extrémité du vaisseau dénudé, s'inscrit simultanément par deux stylets sur un tambour en rotation.

Dans les accès épileptiques provoqués par des courants électriques, on a une élévation de la pression aux deux extrémités, au moment de l'excitation du cerveau ; mais cette élévation est plus prononcée dans l'extrémité centrale. Bientôt la pression retombe à la normale.

Au début de la période tonique, la pression devient de plus en plus faible, pour s'élever de nouveau dans la période comateuse et n'atteindre le maximum du début, qu'à la fin de cette période.

L'activité du cœur et de la respiration suit les alternatives de la pression sanguine de la carotide, dans les accès épileptiques provoqués.

Tout au début de la période tonique, les contractions cardiaques sont plus ou moins ralenties ; mais elles sont plus puissantes, ce qui se traduit par un pouls très lent, mais très fort. Puis elles deviennent plus rapides et s'accroissent en même temps que le pouls devient plus faible. Au commencement de la période clonique, le cœur reprend ses battements plus lents pour revenir au rythme normal dans la période comateuse.

Les mouvements respiratoires sont presque arrêtés au début de l'accès et ne se rétablissent que dans la période comateuse.

La section des deux nerfs vagues et du sympathique cervical ne fut suivi d'aucun effet, sinon que le ralentissement du début des contractions cardiaques était complètement supprimé.

Après section des nerfs phréniques et la pratique de la respiration artificielle, la circulation sanguine du cerveau pendant les attaques ne fut nullement modifiée.

Pour étudier l'influence des spasmes pendant les accès épileptiques sur la circulation sanguine du cerveau, le professeur Todorsky se servit du curare. Le D^r Schtscherbak avait remarqué que la circulation sanguine n'était troublée que pendant les vingt-cinq à trente premières minutes après l'injection du curare dans une veine. Le professeur Todorsky procéda de la manière suivante : il fit une ligature à l'artère crurale de l'animal en expérience, au-dessous du ligament de Poupard, près du point d'émergence de l'artère iliaque ; puis, environ une heure avant de provoquer l'accès épileptique, il injecta le curare dans la veine de l'autre membre. De cette façon, les spasmes pendant l'attaque épileptique ne devaient se produire que dans le membre dont l'artère était ligaturée et ainsi il put suivre facilement le cours de l'attaque même chez un animal curarisé.

Les troubles de la circulation sanguine cérébrale furent absolument identiques à ceux constatés chez les animaux non curarisés.

XX. — *Anomalies dans la disposition des fibres nerveuses avec moelle secondaire (surnuméraire) partielle chez un paralytique*; par le D^r Bernhardt Feist (numéro de décembre). — Dans les derniers temps on s'est demandé de différents côtés si les vices de conformation du système nerveux central prédisposaient aux affections organiques ou fonctionnelles de ce système. Kronthal, Jacobsohn et Brasch se sont occupés de cette question qui est loin d'être élucidée, aussi l'auteur estime-t-il qu'il ne sera pas sans intérêt d'étudier un cas de ce genre observé sur un commandant prussien atteint de paralysie générale.

A côté des lésions habituelles de la paralysie générale, l'autopsie révéla des anomalies de la moelle indubitablement congénitale, consistant en faisceaux de fibres nerveuses dérivées de la substance blanche, pour aller s'irradier dans la substance grise, en dispositions asymétriques des cornes antérieures et en dédoublement de la moelle au niveau des lombes. L'examen de la moelle a démontré qu'il ne s'agissait pas de néoplasmes, mais de la formation congénitale d'une moelle secon-

naire ou surnuméraire. L'étude de la pièce anatomique occupe les deux numéros de décembre du journal, onze figures représentent les anomalies observées. Malheureusement sans la reproduction de ces figures, le travail ne saurait être résumé d'une manière claire et utile.

D^r A. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Entartung (Dégénérescence); par Max Nordau. 2 vol. in-8°. Berlin, Carl Dunker, 1892-1893.

Appliquer à l'étude des manifestations intellectuelles et morales de cette *fin de siècle* les théories les plus récentes sur la folie et la dégénérescence, est une tâche difficile et délicate; elle est périlleuse aussi, car il ne s'agit de rien moins que de démontrer que tels ou tels contemporains — dont plusieurs très illustres — peuvent, par leur manière de vivre, par leurs tendances d'esprit et surtout par leurs œuvres, passer pour des fous ou du moins pour des dégénérés. M. Max Nordau n'a pas reculé devant ce péril: en médecin, il a regardé en face ce qu'il considère comme une maladie de notre époque, cette déviation de l'esprit humain qui le porte à désertier les voies saines et traditionnelles de l'Humanité pour courir après la chimère, l'extravagance et le dévergondage. Son livre est donc une monographie médicale sur la dégénérescence de cette *fin de siècle*, et comme dans toute bonne monographie, on y trouve, étudiées successivement, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et même le traitement de la maladie mentale de notre époque. Cette étude n'a pas demandé à l'auteur moins de neuf cents pages, dont près des neuf dixièmes sont consacrés à la description symptomatique et à l'analyse des cas particuliers.

C'est dans cette analyse des cas particuliers que se trouve l'originalité de l'œuvre de M. Max Nordau. Il faut lire toute cette partie pour se rendre compte de l'immense érudition littéraire, artistique et médicale de l'auteur; rien de ce qui a été publié, soit en France, soit à l'étranger, ne lui est inconnu et l'on peut dire que la thèse qu'il soutient est admirablement documentée.

Peut-être certains esprits, de ceux qui sont difficiles à contenter, trouveront-ils que M. Max Nordau a voulu trop prouver, qu'il y a dans sa thèse une exagération évidente à

vouloir réprover toute nouveauté parce qu'elle est due à un dégénéré, qu'il faudrait par suite faire litier de presque tout le capital intellectuel et artistique de l'humanité que les hommes de génie ont accumulé depuis l'origine des siècles, par cette seule raison que le génie serait une névrose ou une psychose (1). L'auteur écartera sans doute ces objections comme trop spécieuses ; il préfère l'examen des faits, et ces faits nous apprennent que toutes, ou presque toutes les nouveautés ou prétendues telles, qui ont attiré plus que de raison l'attention publique de ce dernier quart de siècle et surtout depuis 1870, n'ont rien de neuf et ne sont que la reviviscence de manifestations anciennes, épaves que le progrès des sciences a abandonnées à juste titre sur le bord de la route qu'il poursuit indéfiniment.

Parmi ces épaves, M. Nordau place en première ligne le mysticisme — mysticisme religieux et philosophique, littéraire et artistique. Après une analyse psycho-physiologique, très curieuse et très intéressante, de cet « état d'âme », selon une expression « fin de siècle », il passe successivement en revue les préraphaélites, les symbolistes, le Tolstoïsme, le culte de Richard Wagner et, enfin, les parodies du mysticisme. Il perce à jour la naïveté, les prétentions de ces réformateurs des lettres et de la société, aux programmes vides de sens, dont les œuvres ne frappent ni fort ni juste, mais n'ont d'autre but, par leur extravagance et leur non-sens, que d'« épater » le bourgeois, le « philistin », comme on dit en Allemagne. Certes, en lisant les poésies des décadents, le médecin aliéniste se demandera s'il s'agit de productions littéraires de ses malades ; et, de fait, il y a de quoi s'y méprendre : même incohérence, mêmes répétitions de mots, mêmes insanités. Mais ce qui a lieu d'étonner encore davantage, c'est que des critiques sérieux, dans des recueils graves, aient pris au sérieux ces poètes, doux farceurs (*fumistes*, d'après l'expression du jour), mais dégénérés, impuissants, et aient vu dans leurs productions

(1) L'auteur attribue (t. I, p. 38) cet aphorisme à Lasègue, c'est là une erreur. M. Nordau, dont l'érudition est si vaste, semble ne pas connaître J. Moreau (de Tours), dont son propre livre n'est, en quelque sorte, qu'une application, une continuation. Qu'il consulte la *Psychologie morbide* de l'éminent aliéniste français, il y trouvera soutenue la thèse développée depuis par Lombroso, ainsi que l'aphorisme : Le génie est une névrose (V. pp. 464 et suiv.).

comme une rénovation d'art, comme des moules rajcunis en lesquels pourraient se jeter des pensers nouveaux. M. Nordau fustige avec beaucoup de verve et d'esprit les prétentions de ces écoles littéraires, heureusement mort-nées, et qui n'ont eu un moment de vogue que grâce à ce dilettantisme byzantin qui pousse un trop grand nombre de gens à tout voir, à tout juger « à rebours » du bon sens.

L'auteur est sévère pour Richard Wagner et son œuvre. Le long chapitre qu'il leur consacre lui vaudra bien des inimitiés ; car les admirateurs du maître de Bayreuth sont aujourd'hui légion, en France comme à l'étranger ; ils ne lui pardonneront jamais d'avoir accusé leur idole d'être un fou mystique et érotique, un graphomane, etc. Mais qu'importe à M. Nordau ! Semblable au chirurgien cherchant à détruire jusqu'aux moindres éléments d'une tumeur maligne, il porte le fer rouge de la critique sur toutes les manifestations de la dégénérescence, et, en ce qui concerne Wagner, il n'en trouve pas seulement chez le maître, mais encore chez ses auditeurs. « Le Wagnérisme est, dit-il (t. I, p. 331), de tous les égarements des temps présents, le plus répandu, au même temps que le plus sérieux. Le théâtre de Bayreuth, les « *Bayreuther Blaetter* », la *Revue Wagnérienne* de Paris sont des monuments durables qui permettront à l'avenir étonné de mesurer toute l'étendue et la profondeur de la dégénérescence et de l'hystérie de notre temps. »

La troisième partie est consacrée à l'égotisme (*Ich-Sucht*, cachexie du moi). L'auteur fait de cette maladie une analyse très pénétrante, dont les éléments sont puisés dans les œuvres des aliénistes. L'aliéné n'est-il pas, en effet, le type de l'égotiste, pour lequel le monde extérieur n'existe plus, dont la vie intellectuelle se meut dans un monde de pensées et de sensations fausses ou perverses ? Cet égotisme se constate dans maintes manifestations de la littérature moderne. M. Nordau n'a pas de peine à la trouver, à des degrés divers, chez les « parnassiens et diaboliques », les « décadents et esthètes », dans l'œuvre étrange d'Ibsen ; enfin, et surtout, chez le philosophe allemand Friedrich Nietzsche, dont les idées sont bien les plus extraordinaires et les plus extravagantes que l'esprit humain ait jamais émises. Son œuvre est celle d'un aliéné. Chose sérieuse, cet aliéné aux théories confuses et incohérentes, passe en Allemagne pour un grand penseur et a pu faire école. « C'est là une honte pour la moderne pensée allemande », dit

l'auteur en terminant son chapitre sur Nietzsche. On voit que M. Nordau, si sévère pour la France, sait à l'occasion — nous l'avons déjà vu à propos de Wagner — dire des vérités à ses compatriotes, quelque pénibles qu'elles soient.

Au pôle opposé du mysticisme, se place le réalisme. M. Nordau est dur pour Zola ; il en fait un dégénéré supérieur avec psychopathie sexuelle, coprolalie, etc. Nous ne le suivrons pas dans la démonstration de ce diagnostic, dont il est facile de trouver les éléments en feuilletant l'œuvre si étendue de l'illustre romancier. Que penseront de cette appréciation médicale les nombreux admirateurs — dont quelques-uns très fanatiques — de l'épopée des Rougon-Macquart ?

Le médecin, digne de ce nom, n'étudie jamais une maladie, sans s'ingénier à lui trouver un remède. Les maux qu'il décrit avec tant de soin, M. Nordau les croit guérissables. Nous croyons, nous, que la plupart d'entre eux disparaîtront spontanément, sans qu'il soit besoin d'aucun moyen thérapeutique ; plusieurs de ces manifestations littéraires et artistiques, d'un caractère pathologique, ont été déjà éliminées, ne laissant d'elles qu'un vague souvenir. Il en sera ainsi d'un grand nombre d'autres.

Ce qu'il importerait, c'est d'atteindre le mal dans la racine, d'entraver le développement de la dégénérescence physique et mentale, terrain auquel se produisent toutes ces excentricités antisociales. M. Nordau, dans des pages d'une éloquence vibrante, fait appel aux médecins aliénistes ; à eux il appartient de créer et d'enseigner cette hygiène de l'esprit, d'une importance non moindre que l'hygiène du corps et qui, seule, pourrait opposer une digue solide à l'expansion des extravagances littéraires, artistiques ou autres, des dégénérés ou hystériques. Leur succès momentané est dû bien moins à leur valeur intrinsèque qu'à la complicité d'un public blasé, qui trouve de bon ton d'admirer et de répandre ce qu'il ne comprend pas.

L'œuvre de M. Nordau, dont cette courte analyse ne peut donner qu'une faible idée, est d'une lecture attachante. Nous avons déjà parlé de l'immense érudition de l'auteur, nous ajouterons qu'il est aussi un écrivain d'une grande clarté ; son style précis, plein de verve, ne fatigue jamais ; s'il est quelquefois d'une brutalité voulue — M. Nordau appelant volontiers « un chat un chat et Rollet un fripon » — il s'élève aussi, comme dans les dernières pages du second volume, à une élo-

quence sincère, pleine de cet amour du progrès qui a inspiré son œuvre.

Cet ouvrage ne peut manquer d'être traduit en français; nous le désirons vivement, et nous sommes convaincu qu'il aurait dans notre pays — auquel il dit cependant souvent de dures vérités — le même succès qu'il a obtenu en Allemagne (1).

Ant. RITTI.

L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale;
par le D^r Émile Dortel. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1893.

M. Dortel combat la théorie de l'*homme criminel*, il oppose au *criminel-né* de Lombroso le véritable criminel tel qu'il le conçoit, puis ensuite il expose les principes qui doivent, d'après lui, guider l'expert dans les difficiles questions de responsabilité. Ce sujet est bien vaste, il comprend nombre de problèmes qui découlent les uns des autres, M. Dortel le reconnaît; aussi se propose-t-il d'esquisser seulement toutes ces questions importantes, et de n'insister que sur une seule d'entre elles qu'il dénomme : le problème de la responsabilité médico-légale. Il n'en est pas moins vrai que son travail constitue une véritable étude philosophique et médicale de la criminalité, et que son titre : *Anthropologie criminelle et responsabilité médicale*, est pleinement justifié.

A plusieurs reprises, M. Dortel recommande de faire abstraction, dans l'étude de la criminologie, de toute croyance philosophique, et de rester exclusivement médecin. La chose est facile à dire; quant à lui, d'un bout à l'autre de son travail, il se laisse guider par des doctrines spiritualistes absolues, je dirai presque par de véritables doctrines dogmatiques, et avec tant de conviction, qu'il ne discute même pas les théories contraires.

(1) Au moment de mettre sous presse, nous recevons le premier volume de la traduction française de « *Dégénérescence* » (Félix Alcan, édit. Paris, 1894), due à M. Aug. Dietrich. Nous en félicitons le traducteur; elle est d'une élégance et d'une clarté irréprochables; nous nous empressons de la recommander à nos lecteurs. Le second volume doit paraître fin janvier 1894.

Il n'en pouvait, du reste, être autrement. Comment prétendre mesurer ce qu'on appelle la responsabilité, sans faire intervenir l'âme, la volonté, le libre arbitre, etc., etc...?

Mais M. Dortel va dans ce sens aussi loin que les classiques les plus exclusifs peuvent aller.

M. Dortel commence par l'examen des caractères physiques et psychiques que la nouvelle École italienne d'anthropologie criminelle reconnaît à l'homme criminel. Pour les caractères physiques qu'on retrouve souvent chez les criminels, il admet qu'ils ont une valeur intrinsèque indéniable. Ils sont, en effet, la conséquence de modifications profondes du système nerveux central, ils témoignent d'une façon tangible de l'existence de certaines tares dans le fonctionnement du cerveau. Énumérant tous ceux que Lombroso donne à son criminel-né, il fait très justement remarquer que certains d'entre eux ne peuvent avoir la signification que la nouvelle École leur prête. L'indice céphalique, par exemple, qui est au-dessus de la moyenne chez les criminels dans un pays, et qui est au contraire au-dessous de la moyenne dans un autre pays. Lombroso cherche, je le sais, à expliquer cette contradiction, mais l'observation de notre auteur persiste quand même.

En somme, M. Dortel admet que certains caractères anthropométriques et certains signes physiques s'observent chez les criminels dans une proportion élevée, et que ces caractères, dans leur ensemble, vu les données modernes de physiologie cérébrale, indiquent « la subordination de l'intelligence aux sensations et aux impulsions purement bestiales ». Malgré cette concession importante faite à l'école, M. Dortel conclut pourtant contre elle, parce que, dit-il, les signes physiques les plus souvent notés chez les criminels ne constituent pas des anomalies héréditaires, mais bien des anomalies de développement et des anomalies pathologiques; ce qui exclut leur caractère d'atavisme, ce qui, par conséquent, contredit cette conception du criminel, phénomène anthropologique de rétrogradation.

Il y aurait bien des points à discuter ici. Certainement Lombroso fait du crime un phénomène d'atavisme, mais tous ceux qui ont lu ses nombreux écrits sont forcés d'avouer qu'il est souvent diffus et divers. Sa doctrine, dans le fait, est-elle dès à présent rigoureusement établie? — Ne pas admettre que le crime soit la réapparition d'un état ancestral, mais admettre cependant que le criminel se distingue en général par des anomalies physiques et psychiques (M. Dortel reconnaît égale-

ment celles-ci), c'est jusqu'à un certain point faire acte d'adhésion à la nouvelle École d'anthropologie criminelle.

Les anomalies physiques ne sont pas, d'après l'auteur, des anomalies congénitales. Pourtant, une des plus importantes et des plus fréquentes d'entre elles, le développement exagéré de la mâchoire, ne peut guère se comprendre que comme anomalie congénitale. Quoi qu'il en soit, si j'ai bien suivi l'idée de M. Dortel, les stigmates physiques des criminels sont pour lui des stigmates de dégénérescence. C'est là une opinion très soutenable qui, personnellement, se partage, à la condition de ne pas la porter à l'extrême. Si, en effet, les anormaux ne présentent pas l'ensemble complet des caractères physiques qu'on attribue à l'homme primitif, ils présentent parfois, à l'état isolé, quelques-uns de ces caractères. Mais à propos précisément de la dégénérescence, notre confrère fait une digression qui est à noter. Il rappelle la conception géniale de la dégénérescence de Morel, et il oppose les dégénérés selon Morel aux dégénérés selon M. Magnan. Eh bien, on est forcé de constater qu'il interprète d'une façon tout à fait erronée les idées du savant médecin de Sainte-Anne sur la dégénérescence. Cette phrase seule, sans aucun commentaire, ne le démontre que trop bien : « Pour lui (M. Magnan), les dégénérés sont toujours des aliénés, et ils forment avec les délirants chroniques l'importante classe des héréditaires. » (Page 119.)

Passons aux caractères psychiques du criminel-né selon l'École d'anthropologie criminelle. M. Dortel, après les avoir énumérés et discutés, convient qu'ils existent réellement chez la plupart des criminels, mais il ne les interprète, dit-il, pas à la façon de l'École. Oui, les criminels sont vains, orgueilleux, fanfarons de vice, lâches, ils se tatouent, ils parlent l'argot, etc., mais toutes ces déféctuosités sont la conséquence de leur vie criminelle, de leur entourage malsain, de leur éducation et aussi de l'hérédité.

En réalité, et c'est là le principe fondamental, l'essence, pourrait-on dire, de la thèse de M. Dortel, le crime n'est pas la fonction nécessaire d'un type anthropologique nettement différencié; c'est un épisode, un épiphénomène, un accident commun à l'existence de sujets très dissemblables, un effet de causes variées. Le crime reconnaît des fonctions multiples.

Jc n'insisterai pas sur deux longs chapitres qui se trouvent ensuite, et qui sont destinés à démontrer, l'un que le criminel n'est pas un aliéné et qu'on ne doit pas le confondre avec le

fou moral; l'autre, qu'il n'est pas non plus un épileptique, comme Lombroso, en dernier lieu, a cherché à l'établir. Je n'ai cependant jamais pu trouver qu'une simple différence de degré entre le criminel d'habitude et le fou moral. Quant à la dernière conception de Lombroso : le crime, comme l'idée géniale, sont des manifestations d'une sorte d'entité épileptoïde, elle est au moins étrange, et il est regrettable que le chef de l'École italienne n'ait pas d'abord défini cette entité épileptoïde qu'il admet en principe. Mais cependant, même dans cette partie de son œuvre où Lombroso soutient ainsi, sans méthode scientifique rigoureuse, une thèse aussi inattendue, il reste quand même penseur profond et toutes les propositions qu'il y soutient ne sont pas à dédaigner.

Mais nous arrivons à la partie pratique de notre livre, à celle que l'auteur considère comme la plus importante, la responsabilité du criminel.

Le crime n'est pas la manifestation d'un état univoque, toujours semblable à soi-même, il survient dans les circonstances les plus dissemblables et il est subordonné dans son évolution et ses formes à certaines modalités fonctionnelles des centres nerveux. Ces modalités fonctionnelles sont le produit d'habitudes, d'héritages ou d'accidents divers. On voit, en effet, intervenir dans la genèse du crime, à côté d'aberrations franches, comme la folie et l'épilepsie, des états plus complexes dont la trame est formée par de lentes et multiples influences, s'ajoutant et se mêlant dans la longue suite d'une filiation héréditaire.

La question est d'atténuer la part de responsabilité dans chaque cas. On peut, à ce point de vue, établir deux catégories distinctes : 1° la volonté a été véritablement aliénée ; 2° l'intelligence est restée intacte, la volonté libre, mais des influences personnelles ou héréditaires ont exercé une action certaine, qu'il faut reconstituer dans le processus psychique qui a abouti au crime.

Dans le premier cas, il s'agit d'aliénés véritables, d'épileptiques ou d'alcooliques aigus, la responsabilité est nulle.

Dans le second cas, les centres nerveux sont tarés. Il faut reconnaître la tare et la faire admettre par les juges, leur faire comprendre que les sujets sont des anormaux. La responsabilité de ceux-ci est alors partielle et on la gradue d'après la règle suivante : en principe, le moi doit lutter contre les instincts qui le poussent à commettre un crime. Chez les anormaux

qui ont des tares, la lutte sera d'autant plus difficile que les tares seront importantes et nombreuses. Également, elle sera d'autant plus difficile que les tares seront plus anciennes, qu'elles seront héréditaires, par conséquent. La responsabilité varie en raison inverse du nombre, de l'importance et de l'ancienneté des tares. Il faut bien noter que l'habitude de la lutte du moi contre les influences nocives rend la volonté plus forte. Au contraire, si le moi fuit la lutte et s'abandonne à ses instincts, il devient de plus en plus faible et la volonté finit par s'annihiler complètement. « La responsabilité varie donc, en résumé, et je cite M. Dortel, selon le nombre, l'importance et l'âge des tares. »

Cette thèse est donc bien, comme je l'ai dit au début, le travail d'un convaincu. C'est un peu l'application à la médecine légale des aliénés des idées d'Heinroth sur la folie; et la psychologie moderne n'y est guère discutée. Il n'en est pas moins vrai que les principes qui lui servent de base sont toujours officiels, les seuls que la justice admette comme orthodoxes. A ce point de vue, la thèse ne manque pas d'intérêt. Je me hâte de dire qu'elle est aussi très intéressante sous d'autres rapports. On y trouve des considérations importantes et très justes sur le crime et sur les criminels et même, dans certains passages, des conceptions originales qui font supposer que M. Dortel n'est pas aussi éloigné qu'il le croit lui-même des nouvelles doctrines de criminologie.

CAMUSET.

Etude sur l'action physiologique de l'électricité statique; par le D^r Charles Damiau, licencié ès sciences, pharmacien de 1^{re} classe, professeur à l'École de la Martinière et à la Société d'enseignement professionnel du Rhône. — Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Depuis quelques années on cherche à tirer parti, au point de vue thérapeutique, de l'électricité statique, plusieurs essais en ce sens ont même été déjà tentés. Il semble naturel, en effet, puisque l'électricité dynamique constitue, dans de nombreuses circonstances, un agent thérapeutique précieux, de supposer que l'électricité statique peut, elle aussi, rendre des services analogues. C'est l'opinion de M. Damiau qui, après avoir rappelé quelle action puissante possède l'électricité statique sur la ma-

tière brute aussi bien que sur la matière organique, et quelle influence l'électricité atmosphérique exerce sur les animaux, se demande « si une application rationnelle de ce fluide ne pourrait pas produire des effets susceptibles d'être employés en médecine ». Jusqu'à présent, dit-il, on a employé l'électricité statique sans principe, il faudrait d'abord rechercher méthodiquement l'action de cet agent sur l'organisme. Et il s'est proposé d'aborder cette étude.

Pour cela, il a employé les machines Carré et Wimshorst, et il a pris ses observations en grande partie sur des aliénés, à l'asile de Bron.

Son travail débute par quelques considérations générales sur l'électricité statique. Ainsi, il dit quelles sont les diverses unités électriques et il explique ce qu'on entend par le potentiel. Puis il donne les conclusions auxquelles l'ont conduit ses expériences personnelles. Les voici résumées :

1° *Action de l'électricité statique sur la peau.* — Exagération de la transpiration cutanée en dehors des points électrisés ; diminution de la transpiration au niveau de ces points. Production parfois d'un urticaire intense.

2° *Action sur le pouls.* — Augmentation de la fréquence. Dicrotisme constant appréciable sur les tracés. L'action générale du fluide se traduit en somme par une vaso-constriction périphérique.

3° *Action sur la température.* — Assez complexe : l'électricité positive, sans étincelle, accroît sensiblement la température ; la même électricité avec une série d'étincelles l'accroît aussi, mais moins. L'électricité négative sans étincelle est sans action ; avec étincelles, elle abaisse la température.

4° *Action sur l'urine.* — Aucune action sur la quantité d'urine excrétée. L'électricité négative, avec étincelles, fait décroître la proportion de l'urée ; avec étincelles, elle l'augmente au contraire. L'électricité positive et l'électricité négative diminuent la proportion des phosphates, etc.

On voit qu'en résumé l'électricité statique a une certaine action sur la circulation, sur la température, sur les sécrétions. Elle a certainement encore d'autres actions qui nous échappent. Il est possible que le fluide agisse sur les différents organes en modifiant d'abord l'état du système nerveux central, mais cette question n'est pas encore résolue.

Le travail de M. Damiau est sobre, clairement exposé et sans aucune digression inutile. C'est le début d'une série de

recherches physiologiques originales. D'autres observateurs suivront plus tard l'auteur, et lui-même reviendra sans doute sur ce sujet. Dès à présent il reconnaît que les recherches futures devront être effectuées au moyen d'instruments spéciaux, qui permettront de mesurer et de faire varier à volonté le potentiel de la source et celui des sujets.

CAMUSET.

Les nouvelles recherches sur les éléments nerveux, par J. Dagonet. Paris, O. Doin, 1893.

Ce travail nous paraît, en sa sobriété et en sa concision, une étude aussi exacte que complète des travaux relativement récents de His, Kölliker, Ramon y Cajal, Lenhossek, Nansen, Waldeyer, Vignal, Retzius, etc., sur l'histologie du système nerveux. La connaissance des connexions anatomiques des fibres et des cellules nerveuses, celle en particulier de l'origine et des terminaisons des faisceaux nerveux dans les différents centres du myélocéphale, nous a toujours semblé la première condition d'une intelligence véritable des fonctions de la moelle épinière et du cerveau. Tous les progrès récents en ce domaine sont dus à des procédés de coloration, surtout à la méthode de Golgi et à celle d'Ehrlich, qui ont fait apparaître un monde jusque-là inconnu de formes et de structures nerveuses. La relation très fidèle de ces découvertes, et comme le bréviaire de l'histoire de ces dernières conquêtes de l'histologie, voilà bien ce que M. J. Dagonet nous a donné en ces 50 pages, où les principales questions relatives aux idées nouvelles sur l'*embryologie*, la *névrologie*, la *moelle épinière* et la *moelle allongée*, le *cervelet* et le *cerveau* sont successivement abordées et traitées.

Ajoutons que la portée de ces études n'a pas échappé à l'auteur : il reconnaît que « ces faits nouveaux sont appelés à modifier profondément notre manière d'envisager le système nerveux ». Peut-être aurait-il dû indiquer tout au moins que ce n'est pas seulement l'anatomie, mais aussi la physiologie du système nerveux, qui sortent en partie transformées de ces révélations dues aux procédés de coloration par le nitrate d'argent et le bleu de méthylène. La ruine définitive, par exemple, des réseaux diffus de Gerlach et de Golgi, la théorie des neurones, celle des neuropilèmes, etc., inaugurent une conception toute nouvelle de la nature et des rapports de ces éléments ner-

veux dont les fonctions, en dernière analyse, sont celles de l'intelligence. Un précurseur de cette révolution dans les idées traditionnelles sur la structure et les connexions des fibres et de la cellule nerveuse, Auguste Forel, a dit souvent qu'une anatomie du cerveau sans histologie est un non-sens. L'heure est venue, semble-t-il, de renouveler dans cet esprit nos connaissances sur la structure et les fonctions du névraxe.

JULES SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Essai sur un mode d'évolution de l'instinct sexuel; par le D^r Jean Arrufat. Broch. in-4° de 31 pages. Thèse de Lyon, novembre 1892.

— De la complexité des causes de la paralysie générale; par le D^r Edmond Lafaye. Broch. in-4° de 60 pages. Thèse de Lyon, décembre 1892.

— Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der acuten und Frühformen (Histologie pathologique des lésions de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale progressive avec considérations particulières sur les formes aiguës et précoces); par le D^r Otto Binswanger, professeur de psychiatrie à l'Université d'Iéna. 1 vol. in-8° de 186 pages avec une planche lithographique et une figure dans le texte. Iéna, Gustave Fischer, 1893.

— Contribution à l'étude de la physiologie de la circulation cérébrale; par le D^r Joseph Desuet. Broch. in-4° de 54 pages. Thèse de Lille, mai 1893.

— Tumeurs encéphaliques et localisations fonctionnelles dans l'encéphale; par le D^r J.-B. Thirriion. Broch. in-4° de 74 pages avec planches. Thèse de Lille, juillet 1893.

— Le lobe limbique dans la série des mammifères. Etude de morphologie et d'histologie cérébrales; par le D^r Em. Bole. Broch. in-4° de 78 pages avec planches. Thèse de Lille, juillet 1893.

— La criminalità femminile all' estero (La criminalité féminine à l'extérieur); par le D^r L. Roncoroni. Broch. in-8° de 15 pages. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*. Vol. XIV, fase. 4.

— Les troubles intellectuels dans la paralysie agitante; par le D^r V. Parant. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine de Toulouse*, 1893.

— La sensibilité électrique générale et douloureuse examinée avec le faradiomètre chez les aliénés et les sains d'esprit; par les D^{rs} L. Roncoroni et G. Albertotti. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait de l'*Archivio di psichiatria*, etc. Vol. XIV, fasc. 4-5.

— Quelques définitions récentes de l'hystérie par Pierre Janet. Broch. in-8° de 50 pages. Extrait des *Archives de neurologie*, numéros de juin et de juillet 1893.

— The Irresponsibility of the insane under the Laws of France (L'irresponsabilité des aliénés sous la loi française); par le D^r V. Parant. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, juillet 1893.

— Le docteur Blanche, 1820-1893. Broch. in-8° de 48 pages. Corbeil, imprimerie Ed. Crété, s. d.

— Quelques remarques à propos de la méthode de Brown-Séquard. — Note sur l'épilepsie et le bromisme chez les oiseaux. — Note sur la toxicité des urines des épileptiques. — Note sur l'influence de la lumière blanche et de la lumière colorée sur l'incubation des œufs de poule. — Note sur l'influence de l'éthérisation préalable sur l'incubation des œufs de poule. — Note sur l'influence de l'exposition préalable aux vapeurs d'alcool sur l'incubation de l'œuf de poule. — Note sur l'influence des injections de liquide dans l'albumen sur l'incubation de l'œuf de poule; par le D^r Ch. Féré. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*. Séances des 3 et 10 juin, 15, 22 et 29 juillet 1893.

— Les progrès de la réforme du traitement des aliénés en France; par le D^r V. Parant. Broch. in-8° de 24 pages. Extrait du *Dictionary of psychological medicine* de Hack Tuke. Toulouse, impr. Marguès et C^{ie} s. d.

— Contributo allo studio del chimismo gastrico nei pellagrosi (Contribution à l'étude du chimisme gastrique chez les pellagres); par le D^r Cesare Agostini. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria a medicina legale*. Reggio-Emilia, 1893.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1894

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 11 décembre 1893, au renouvellement de son bureau pour l'année 1894.

Ont été élus :

Président : M. AUG. VOISIN ;

Vice-président : M. MOREAU DE TOURS ;

Secrétaire général : M. RITTI ;

Secrétaires annuels : MM. SEMELAIGNE et SOLLIER ;

Trésorier : M. JULES VOISIN.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

GALMEIL (L.-F.), médecin en chef honoraire de la maison nationale de Charenton, 4, avenue de Fontenay, Fontenay-sous-Bois (Seine). — *Membre fondateur*.

CONSTANS, inspecteur général honoraire des asiles d'aliénés, Saint-Vrain (Seine-et-Oise). — 10 avril 1865.

DURAND DE GROS, au domaine d'Orsac, par Rodez (Aveyron). — 25 novembre 1867.

ESPIAU DE LAMAESTRE, médecin-directeur honoraire des asiles de la Seine, asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 28 juin 1869.

JANET (Paul), professeur à la Sorbonne, membre de l'Académie des sciences morales et politiques. — 25 janvier 1858.

- LEGRAND (Maximin), médecin, 39, rue de Grenelle. — 27 mars 1865.
 LOISRAU (Ch.), médecin, 12, rue de Pernelle. — *Membre fondateur.*
 MESNET (E.), médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 5, rue Royale. — 30 janvier 1886.

MEMBRES TITULAIRES

- ARNAUD (L.-F.), médecin-adjoint de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.
 BALLBY (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 3, rue Rouget-de-l'Isle. — 28 mai 1883.
 BOUCHEREAU, médecin en chef à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
 BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 janvier 1880.
 BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
 CHARPENTIER, médecin de Bicêtre, Gentilly (Seine). — 30 mai 1881.
 CHASLIN (Ph.), médecin-adjoint de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
 CHRISTIAN (Jules), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1865.
 COLLINEAU, médecin, 84, rue d'Hauteville. — 31 mars 1873.
 DAGONET (H.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, 1, rue Cabanis. — 22 février 1858.
 DONNET, sénateur, 161, rue Saint-Jacques. — 29 octobre 1888.
 DUBUISSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 mai 1885.
 DUPAIN, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne). — 25 juin 1888.
 FALRET (Jules), médecin de la Salpêtrière, 114, rue du Bac. — 27 mars 1854.
 FEBVRE, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 février 1889.
 FÈRE (Ch.), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel. — 25 juin 1883.
 GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmierie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 16, boulevard Montmartre. — 25 juillet 1881.
 GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 février 1877.
 HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.

- JOFFROY**, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 185, rue de Rivoli. — 25 mai 1891.
- KLIPPEL**, chef de laboratoire de la clinique des maladies mentales, 20, rue de Grenelle. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN**, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1888.
- LUYS** (Jules), médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 20, rue de Grenelle. — 18 décembre 1865.
- MAGNAN** (V.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- MARANDON DE MONTYEL**, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 mars 1888.
- MEURIOU**, médecin-directeur de la maison de santé, 17, rue Berton, Paris-Passy. — 2 février 1877.
- MITIVIÉ** (Albert), médecin, 260, boulevard Saint-Germain. — 22 avril 1863.
- MOREAU (DE TOURS)**, médecin, 52 bis, rue de Châteaudun. — 26 mars 1877.
- MOTET** (A.), médecin-directeur de la maison de santé, 161, rue de Charonne. — 24 février 1862.
- PACTET**, chef de la clinique des maladies mentales, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 29 février 1892.
- POTTIER** (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGEAU**, médecin de l'établissement hydrothérapeutique, 9, avenue des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RITTI** (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 27 mars 1876.
- RIU**, médecin en chef du quartier des aliénés des hospices civils, Orléans (Loiret). — 25 janvier 1886.
- ROUILLARD**, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif (Seine). — 10 mai 1886.
- ROUSSEL** (Théophile), sénateur, membre de l'Académie de médecine, et de l'Académie des sciences morales et politiques, 71, rue du Faubourg-Saint-Honoré. — 25 novembre 1889.
- ROUSSELIN**, médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot). — 27 février 1865.
- SAURY** (H.), médecin-directeur de la maison de santé, 25, quai de Suresnes, Suresnes (Seine). — 22 février 1886.

- SÉGLAS (J.), médecin-adjoint de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAIGNE, médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 10 novembre 1862.
- SEMELAIGNE (René), médecin, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin-adjoint de l'asile de Villejuif. — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), chef de clinique adjoint des maladies mentales, 130, rue de la Glacière. — 25 mai 1891.
- TAULE, directeur de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 31 janvier 1887.
- VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 12 mars 1883.
- VÉTAULT, médecin, 210, boulevard Voltaire. — 25 juin 1888.
- VOISIN (Auguste), médecin de la Salpêtrière, 16, rue Séguier. — 31 mars 1862.
- VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 58, rue du Faubourg-Poissonnière. — 10 novembre 1879.

MEMBRES CORRESPONDANTS

- ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.
- AUBRY (Paul), médecin, 17, rue du Port, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 31 janvier 1887.
- AZAM, professeur à la Faculté de médecine, 14, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde). — 26 décembre 1857.
- BÉCOULET, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — 27 février 1882.
- BEUGNIES-CORBEAU, médecin, Givet (Ardennes). — 25 mai 1891.
- BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 juin 1880.
- BLAISE, médecin, 69, boulevard Magenta, — 28 janvier 1889.
- BLIN, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, près Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOITEAU, ancien interne des asiles de la Seine. — 27 juin 1892.
- BONNET (Henry), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 9, rue de la Victoire, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). — 30 avril 1860.
- BONNET, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Robert (Isère). — 25 janvier 1892.

- BOUBILA, médecin en chef de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 *avril* 1892.
- BOUTEILLE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 27 *mars* 1871.
- BRUNET (Daniel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Évreux (Eure). — 30 *janvier* 1860.
- CAMPAGNE, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 26 *mars* 1866.
- CAMUSET (L.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Bonneval (Eure-et-Loir). — 23 *février* 1885.
- CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, Lyon (Rhône). — 28 *janvier* 1884.
- CHAMBARD (E.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Beaugard, près Bourges (Cher). — 28 *juillet* 1884.
- COLIN (H.), médecin-adjoint de l'asile de Lafont, près La Rochelle. — 29 *février* 1892.
- COUTAGNE (H.), médecin-expert près les tribunaux, Lyon. — 26 *décembre* 1892.
- CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 *juin* 1879.
- DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 *octobre* 1868.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 *mars* 1871.
- DELAPORTE, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares, près Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 23 *février* 1891.
- DÉRICQ (Lucien), médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne). — 26 *novembre* 1888.
- DESMAISONS, médecin-directeur de la Maison de santé de Castel-d'Andorte, Le Bouseat, près Bordeaux (Gironde). — 12 *décembre* 1859.
- DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 37 *mars* 1871.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 *novembre* 1890.
- DUFOUR, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — 27 *novembre* 1871.
- DUMAS, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 *juillet* 1890.
- DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 *février* 1891.
- FABRE, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe). — 29 *avril* 1872.

- FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 janvier 1857.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 janvier 1889.
- GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 22 mai 1882.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.
- HOSPITAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, 54, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 mai 1872.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 octobre 1878.
- LAGRANGE, médecin, 8, rue de la Traverse, Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.
- LAILLER, pharmacien en chef de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LAPOINTE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne). — 25 juillet 1881.
- LANGLOIS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 juillet 1878.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LARROUSSINIE, interne des asiles de la Seine. — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, rue Jeanne-d'Arc, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LIONET (Ch.), médecin, Doné-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.
- LWOFF, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne). — 20 janvier 1893.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près La Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.
- MACARIO, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapique, Nice (Alpes-Maritimes). — 14 mai 1855.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales.

- doyen de la Faculté de médecine, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARÉT, médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Auch (Gers). —
- MARIE, médecin de la colonie d'aliénés, Dun-sur-Auron (Cher). — 25 janvier 1893.
- MASURENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.
- MEILHON, médecin en chef préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban (Tarn-et-Garonne). — 27 juillet 1891.
- MORDRET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Le Mans (Sarthe). — 26 mars 1877.
- NICOLAU, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 29 février 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la Maison de santé, 17, Allée de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PÉON, médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Breuty-la-Couronne (Charente). — 11 novembre 1872.
- PETIT (Gilbert), médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Sainte-Sainte-Genèves (Maine-et-Loire). — 26 novembre 1888.
- PJOARD, médecin, La Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône). — 12 mars 1883.
- QUINEMANT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Niort (Deux-Sèvres). — 26 décembre 1887.
- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rodez (Aveyron). — 24 décembre 1888.
- RÉGIS (Emmanuel), chargé de cours de pathologie mentale à la Faculté de médecine, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.
- REY (Ph.), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RIST (Adrien), médecin-directeur de la Maison de santé de La Châtaigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- ROUBINOVITCH (G.), ancien interne des asiles de la Seine, 113, faubourg Poissonnière, Paris. — 27 juin 1892.
- ROUBY, médecin de la Maison de santé des Capueins, Dôle (Jura). — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINTE-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.

- SIMON (Max), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 20, quai de l'Archevêché, Lyon (Rhône). — 27 novembre 1882.
- SISTERAY, ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, 51, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). — 25 juin 1877.
- SIZARET, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Clermont (Oise). — 15 novembre 1875.
- SOLAVILLE, ancien médecin en chef d'asile d'aliénés, Le Havre (Seine-Inférieure). — 26 novembre 1877.
- TAGUET, médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Armentières (Nord). — 15 novembre 1875.
- TEILLEUX, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Le Mans (Sarthe). — 31 décembre 1855.
- TOULOUSE, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, près Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 27 juin 1892.
- THIVET, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 31 mars 1890.
- VIGOUROUX, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure). — 27 mars 1893.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

- BROSIVS, médecin-directeur de la Maison de santé, Bendorf, près Coblencc. —
- LAEHR (Hans), médecin-directeur de la Maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.
- NAEOKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 novembre 1893.
- NEISSER (Clemens), médecin de l'asile de Leubus. — 28 mars 1892.
- SOHÜLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenan (Grand-Duché de Bade). — 28 mai 1888.
- TUOZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 novembre 1893.

ANGLETERRE.

- BATEMAN, médecin, Norwich. —
- BROWNE (sir J. Crichton), médecin « Lord Chancellor's Visitor », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.
- BUOKNILL (John-Charles), médecin, ancien « Lord Chancellor's Visitor », Bournemouth. — 26 novembre 1860.

- CLOUSTON**, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-
 side, Edimbourg. — 31 octobre 1881.
GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess
 Hill. — 31 octobre 1881.
GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.
MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize
 Park, N. W. — 25 novembre 1867.
MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à
 l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.
NICOLSON (David), médecin-superintendant, de l'asile d'Etat de
 Broadmoor, Wokingham, Berks. — 31 octobre 1881.
ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broad-
 moor, 12, Lexham Gardens, Londres. — 31 octobre 1881.
RAYNER (Henry), médecin, 2, Harley Street, Londres. —
 31 octobre 1881.
ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visi-
 tor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 décembre 1864.
RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal
 Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.
SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish
 Square, W. — 31 octobre 1881.
SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « Middlesex County
 Asylum », Baustead, Surrey. — 31 octobre 1881.
SIBBALD (John), « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse,
 3 Saint-Margaret's Road, Edimbourg. —
TUKE (D. Haek), ancien médecin-directeur de la Retraite
 d'York, Lyndon Lodge, Hanwel, W. — 31 mars 1862.
WOOD (William), ancien médecin de l'hôpital Saint-Luc, direc-
 teur de l'asile privé de Prieuré, Roehampton. — 31 octobre
 1881.
URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal
 Asylum, Perth (Ecosse). — 26 décembre 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

- KRAFFT-EBING (DE)**, professeur de clinique des maladies men-
 tales à l'Université de Vienne. — 25 mars 1867.
LAUFENAUER (Ch.), professeur des maladies mentales et ner-
 veuses à l'Université de Budapesth (Hongrie). — 11 novembre
 1889.
MUNDY (baron), Vienne. — 24 décembre 1864.
OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-
 directeur de la Maison de santé d'Ober-Dœbling, près Vienne.
 — 26 novembre 1883.
PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de
 Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.

- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapesth (Hongrie). — 25 novembre 1889.
 SCHLAGER, médecin, Vienne. — 27 juillet 1867.

BELGIQUE.

- COYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evère, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
 DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue de Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
 LEFEBVRE, professeur à l'Université de Louvain. —
 LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
 MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénés de Louvain. — 20 décembre 1875.
 MOREL (Jules), médecin en chef de l'hospice Guislain, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Gand. —
 PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.
 SEMAL, médecin-directeur de l'asile d'aliénées, Mons. — 24 novembre 1874.
 VAN DEN ABEELE, médecin en chef de l'hospice Saint-Julien, Bruges. — 17 février 1868.
 VERMEULEN, médecin en chef des asiles d'aliénées et du Strophe, à Gand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du royaume. — 17 février 1868.

BRÉSIL.

- COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Perdambuco. — 24 juin 1889.
 SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 novembre 1889.
 TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 novembre 1883.

CANADA.

- BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.
 DUQUET, président du Bureau médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, à Longue-Pointe. — 11 novembre 1889.
 VALLÉE (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec. — 11 novembre 1889.

ÉGYPTE.

HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, Le Caire.
11 novembre 1889.

ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.
PII Y MOLIST, médecin de l'asile d'aliénés, Barcelone. —
31 janvier 1859.

ÉTATS-UNIS.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale,
n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.
ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 28 novembre 1878.
GRAY, médecin en chef de l'asile d'aliénés de New-York, Utica.
— 24 novembre 1880.
HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton,
Massachusetts. — 23 mai 1887.

GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine,
médecin de l'asile de Dromocaitis, Athènes. — 25 octobre 1886.

HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du ministère de l'intérieur, La
Haye. — 27 octobre 1879.
JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.
SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg,
Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.
VAN ANDEL, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande. —
27 octobre 1879.
VAN DER LITH, ancien médecin-directeur de l'asile d'Utrecht.
— 27 octobre 1879.
VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre
1879.
VAN PERSIJN, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. —
27 octobre 1879.
WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

ITALIE.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome.
— 25 avril 1864.
BIFFI (Séraph.), médecin directeur de l'établissement sanitaire
de Saint-Celse, Milan. — 30 avril 1855.

- BINI, médecin, Florenc. — 30 juillet 1877.
 FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie.
 — 26 novembre 1883.
 FOCHI (Camille), médecin du manicomme de Colorno. — 28 juillet 1884.
 FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomme de Sicne. — 29 avril 1878.
 GIACCHI, médecin-directeur du manicomme provincial de Cunco, à Raconigi. — 28 novembre 1878.
 LOMBROSO, professeur de médecine légale et de psychiâtrie à l'Université de Turin.
 MASSALONGO (Roberto), médecin de l'hôpital Major, Vérone. — 28 janvier 1889.
 MORELLI (E.), professeur de psychiatrie à l'Université de Gènes,
 PERLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
 RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancone. — 27 mars 1882.
 SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
 SEPPILLI, médecin, vice-directeur du manicomme d'Imola. — 27 mars 1882.
 SOLIVETTI, médecin, Rome. — 25 juin 1882.
 STACCHINI, vice-directeur du manicomme de Florence. — 30 juillet 1877.
 TAMBURINI, directeur du manicomme du Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.
 TEBALDI, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Padoue. — 27 juin 1885.
 TONINO, médecin-directeur de la Maison de santé Florent, à Naples. — 26 mars 1866.
 VENTURI (Silvio), médecin du manicomme provincial de Catanzaro, à Girifalco. — 26 novembre 1888.
 VIRGILIO, médecin-directeur du manicomme d'Aversa. — 28 novembre 1881.

PORTUGAL.

- BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.
 MATOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 février 1890.
 SOUSA MAGALHAES E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 mars 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

- CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayrès. — 25 février 1889.

PEREZ, médecin de la Maison de santé, Buenos-Ayres.
30 juin 1884.

ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.

RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Riazan. — 30 juin 1884.

DANILLO, médecin, Saint-Pétersbourg. — 11 décembre 1882.

DEKTEREW (W.), médecin des maladies mentales et nerveuses, Saint-Pétersbourg. — 11 novembre 1889.

GORSKY (M^{me} DE). — 29 octobre 1888.

HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 avril 1863.

JACOBY (Paul), médecin, Moscou. — 26 décembre 1881.

KORSAKOFF, privat-docent à l'Université de Moscou. — 11 novembre 1889.

KOWALEWSKI, professeur à l'Université de Kharkoff. — 31 mai 1886.

MEZZEJEWSKI, professeur de la clinique des maladies mentales à l'Académie médico-chirurgicale, Saint-Pétersbourg. — 28 octobre 1878.

POPOFF, professeur à l'Université de Varsovie. — 29 octobre 1888.

ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.

SKWORTZOFF (M^{lle} Nadine). — 25 juillet 1881.

TOKARSKY, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 11 novembre 1889.

SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 décembre 1883.

SUÈDE ET NORVÈGE.

BERLANY, médecin à Malmö.

BJOLSTROM, professeur de psychiatrie de l'université de Stockholm. — 27 octobre 1884.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 décembre 1874.

PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près Cristiansaud. — 29 décembre 1884.

SALOMON, médecin de l'asile d'aliénés, Malmö. — 28 avril 1863.

SUISSE.

CHATELAIN, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.

DUNANT, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 mars 1863.

LADAME (Paul), privat-docent à l'Université, 24, rue de la Corraterie, Genève. — 28 juillet 1884.

PACHOUD, médecin de l'asile de Bois-de-Céry, près Lausanne. — 28 mars 1892.

TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 janvier 1893.

Récapitulation.

Membres honoraires	8
— titulaires	48
— correspondants	85
— associés étrangers	115
Total	<u>256</u>

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 3 novembre 1893* : M. le D^r CHAUSSINAND, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est nommé médecin-directeur de l'asile de Dôle (Jura), en remplacement de M. BÉCOULET, admis à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. le D^r BROQUÈRE, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé directeur médecin de la Rochegandon (Mayenne), en remplacement de M. Frièse, décédé.

— *Arrêté du 15 novembre 1893* : M. HORRIE, sous-directeur de la Maison nationale de Charenton, est nommé directeur du même établissement, en remplacement de M. DUMANGIN, appelé à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. le D^r LIGIER, conseiller général du Jura, est nommé sous-directeur de la Maison nationale de Charenton.

— *Arrêté du 4 décembre 1893* : M. le D^r ANGLADE, médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Loire), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne).

NÉROLOGIE

D^r ETOC-DEMAZY. — Un des doyens de la médecine mentale française vient de mourir : le D^r Etoc-Demazy est décédé, au Mans, le 13 novembre 1893, dans sa quatre-vingt-huitième

année. Ses obsèques ont eu lieu le 16 novembre, au milieu d'un grand concours d'assistants, d'amis, de confrères, qui ont voulu rendre un dernier et suprême hommage au savant, à l'homme de bien, qui, élève brillant d'Esquirol, fut un de ceux que le maître désigna aux pouvoirs publics, pour créer en France le service des aliénés. Envoyé au Mans, sa ville natale, il rendit les services les plus éminents à l'assistance des aliénés de son département. Ces compatriotes reconnaissants donnèrent le nom de notre confrère à l'une des rues de la ville.

Deux discours ont été prononcés sur la tombe d'Etoe-Demazy ; ils retraient éloquemment la vie et l'œuvre de notre regretté confrère, ils nous rappellent ses luttes, son dévouement aux malades, les qualités de son cœur et de son esprit. Nous les reproduisons ci-après :

Discours de M. le D^r ANGELO BOLOGNESI, au nom du corps médical.

Messieurs,

Fils d'un pharmacieiu distingué, qui a laissé un nom connu par ses travaux scientifiques, Gustave-François Etoe-Demazy, est né au Mans, le 30 juillet 1806.

Après avoir fait de solides études au lycée de cette ville et s'être fait remarquer par son intelligence et son goût pour la science, il commença ses études médicales à Paris. Ses brillantes qualités le signalèrent à ses maîtres qui fondèrent sur lui les plus belles espérances.

En 1830, au concours pour l'internat des hôpitaux, Etoe-Demazy fut reçu le premier. Deux ans après, il était interne à la Salpêtrière, où il s'occupait des maladies mentales, à l'étude desquelles il devait consacrer toute sa vie.

C'était en 1832, l'année de la funeste épidémie de choléra. Le fléau le trouva debout, bravant la contagion et luttant au chevet des cholériques pour les arracher à la mort. Plus heureux que beaucoup de ses collègues qui succombèrent, il sortit sain et sauf de cette terrible lutte, et à la fin de l'épidémie, en récompense de ses signalés services et de son courageux dévouement, on lui décerna une médaille d'honneur.

Avec sa vaste intelligence, son esprit sérieux, réfléchi, son caractère persévérant, ses éclatants succès remportés dans les concours, Etoe-Demazy aurait pu aspirer aux plus hautes situations que peut donner la profession médicale. Il préféra revenir dans sa ville natale, au milieu de ses concitoyens. Son goût et les circonstances le portèrent plus spécialement vers l'étude et le traitement des maladies mentales. En 1834, il fut nommé médecin en chef de l'asile départemental de la Sarthe

Il remplit cette pénible et difficile mission avec intelligence, conscience et dévouement. Il organisa le service médical, se donna tout entier aux soins des malheureux aliénés et, suivant les exemples de l'illustre Pinel, il prodigua pendant plus de trente ans, à ces infortunés, les soins, les consolations et le soulagement. Souvent la guérison couronna ses efforts.

Son habile direction et ses nombreux services ont rendu son nom inséparable de celui de cet établissement dans l'estime et la reconnaissance du pays. Depuis plusieurs années, la Commission de surveillance a donné son nom au pavillon situé dans la cour d'honneur, et pour perpétuer le souvenir de cet homme de bien, le conseil municipal a donné son nom à l'ancienne rue de l'Asile.

Etoc-Demazy donnait tout son temps aux soins de ses chers malades et, dans ses heures de loisir, il préparait les nombreux travaux scientifiques qu'il a publiés, soit en brochures, soit dans les journaux de médecine et les communications intéressantes qu'il a faites dans les congrès : observations sur l'idiotie, sur les maladies des sinus veineux de la dure-mère, sur la stupidité chez les aliénés, statistiques médicales de l'asile de la Sarthe, observations sur la monomanie incendiaire, sur la monomanie homicide, recherches statistiques sur le suicide appliquées à l'hygiène publique et à la médecine légale, etc., etc.

Dès 1837, l'Académie de médecine l'admettait au nombre de ses membres correspondants. Hier encore, il était le plus ancien de cette illustre Compagnie, mais non le moins glorieux. Successivement il fut nommé président de la Commission de surveillance de l'asile, vice-président du conseil départemental d'hygiène et de salubrité de la Sarthe, président du comité de protection des enfants du premier âge, et dans toutes ces fonctions on lui décerna l'honorariat. Pendant plus de trente ans, il fit gratuitement le service de médecin des épidémies, et après celle de 1854, l'Académie le fit médailler. Depuis longtemps, en récompense de ses nombreux services, il avait été nommé chevalier, puis officier de la Légion d'honneur.

Depuis cinquante ans, Etoc-Demazy faisait partie de l'Association médicale de la Sarthe, dont il était un des membres fondateurs. Sa haute valeur, sa bienveillance, la noblesse de son caractère l'ont fait estimer et aimer de tous les médecins qui depuis un demi-siècle ont exercé dans notre département. Jusqu'aux derniers moments de sa vie, il a continué ses relations avec ses confrères qui le recherchaient pour ses précieux avis et ses excellents conseils.

Cher collègue, depuis cinquante ans, vous êtes un des nôtres, notre Société a le droit de s'en enorgueillir.

Je suis fier, moi, un des jeunes, d'avoir été choisi pour venir

vous accompagner à votre dernière demeure et vous dire un dernier adieu.

Votre nom restera, parmi nous, le synonyme d'honorabilité, de dignité et de dévouement professionnels.

Au nom de l'Association médicale de la Sarthe, adieu.

Discours de M. JOSSERAND, directeur de l'asile d'aliénés du Mans, au nom de l'administration de l'asile.

Messieurs,

L'administration de l'asile public des aliénés de la Sarthe, à laquelle M. Etoc-Demazy a été attaché depuis si longtemps et par des liens si étroits, n'a pas voulu laisser se refermer cette tombe sans que la voix d'un des siens ne s'élevât pour adresser un suprême hommage de gratitude et de respect à la mémoire de son vénéré doyen.

Depuis 1834, la vie de M. Etoc-Demazy a été si intimement liée à l'existence même de l'asile, qu'il est permis de dire que faire sa biographie, c'est faire en même temps l'historique de cet établissement.

En le perdant, l'asile de la Sarthe perd donc le premier organisateur de tous ses services, c'est-à-dire son véritable fondateur. Sa mort est pour nous l'occasion d'un deuil de famille, car si nous n'étions pas unis à lui par les liens du sang, il était du moins considéré parmi nous comme le doyen, le patriarche de cette famille administrative qui, pendant cinquante-huit ans, a collaboré avec lui au développement de l'œuvre qui fut la préoccupation constante de toute sa vie.

Quand on jette un regard sur l'ensemble de cette carrière si longue, si laborieuse, si honorablement remplie, on est tout d'abord frappé par la merveilleuse unité qui s'en dégage. C'est une vie de savant consacrée tout entière aux labeurs persévérants d'études spéciales dont son auteur n'a jamais voulu se laisser distraire. En effet, dans cette carrière si longue, pas un écart, pas un seul entraînement en dehors de la voie choisie et poursuivie sans défaillance. C'est en vain qu'autour de ce spécialiste acharné à sa tâche se déroulent les événements les plus tragiques de notre histoire, que s'agitent les passions politiques les plus violentes, que les gouvernements s'écroulent. Etoc-Demazy reste inébranlable en dehors et au-dessus des partis, à l'écart des agitations passionnées de la foule, ne s'attachant à ses chères études que juste le temps nécessaire pour soigner les cholériques de 1832 et les blessés de l'année terrible.

C'est bien le *Justum ac tenacem propositi virum* d'Horace, et l'on ne sait ce qu'il faut le plus admirer en lui, ou de son inébranlable constance ou de son imperturbable sang-froid.

Il fit ses études à Paris, où il eut pour maître Esquirol, un de nos plus grands aliénistes. A partir de 1830, il fut successivement interne à Bicêtre et à la Salpêtrière, et sa thèse de doctorat sur *la stupidité chez les aliénés*, fut un véritable événement scientifique. A notre époque, cet ouvrage, devenu presque classique, est encore souvent cité par nos aliénistes les plus en renom. Nommé médecin en chef de l'asile en 1834, il resta dans ses fonctions jusqu'en 1873.

« Avant 1834, les aliénés de la Sarthe, disait Esquirol dans son rapport général sur le service des aliénés, habitaient de véritables cachots confondus avec les prisonniers et enchaînés ; au Mans, ils n'étaient admis à l'hôpital général qu'après un séjour plus ou moins prolongé dans la prison où ils étaient retenus pour être traités et pour être interdits. »

C'est pour remédier à ce déplorable état de choses que l'asile du Mans fut créé pour trois cent quatre-vingts malades. Il fut construit de toutes pièces sur les plans d'Esquirol et de Pinel ; depuis il a souvent servi de modèle.

« C'est, disent les inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumescnil, un de nos meilleurs établissements. Nous devons ajouter, disent-ils, qu'il a eu pendant trente-huit ans comme médecin en chef l'un de nos aliénistes les plus distingués, M. Etoc-Demazy, et cette circonstance n'a certainement pas été étrangère à la prospérité de l'asile et surtout à celle de son pensionnat. »

De 1834 à 1873, c'est-à-dire pendant près de quarante ans, M. Etoc-Demazy resta à la tête du service médical de l'asile, et tous les hommes compétents qui ont connu l'établissement à cette époque s'accordent à déclarer qu'il pouvait être pris pour modèle.

Pendant ces quarante années d'exercice actif, M. Etoc-Demazy publia de nombreux travaux dans divers recueils et revues et une étude fort remarquable sur le suicide qui fut éditée chez M. Monnoyer.

En dehors de la direction médicale de l'asile, il rendit encore de nombreux et précieux services. C'est ainsi qu'il fut nommé médecin des épidémies de 1837 à 1856 et qu'il obtint pour ce service une médaille d'argent après avoir obtenu une médaille d'honneur pour avoir soigné les cholériques en 1832.

Il a été vice-président du Conseil d'hygiène de la Sarthe et président de la Commission de surveillance de l'asile des aliénés, président du Conseil consultatif de la médecine cantonale et membre correspondant de l'Académie de médecine ; puis il obtint la croix de la Légion d'honneur en 1865. A ces divers titres, il faut ajouter ceux d'ancien président du Comité de protection des enfants du premier âge, et sur la fin de sa car-

rière il fut successivement nommé, à mesure que son âge le forçait à abandonner ses fonctions, médecin en chef honoraire de l'asile; vice-président honoraire du Conseil départemental d'hygiène; président honoraire de la Commission de surveillance de l'asile.

Enfin, en 1886, sur la demande des membres de la Commission de surveillance de l'asile, composée de MM. Rabillard, Leporché, Lebert et Vérité-Bidault, M. Etoc-Demazy obtint la croix d'officier de la Légion d'honneur, digne et légitime couronnement d'une carrière si bien remplie.

J'ai dit brièvement et simplement, comme il convenait à la modestie de cet homme si modeste, quelle avait été la vie publique du savant, de l'éminent aliéniste; permettez-moi d'ajouter quelques mots pour faire connaître à ceux qui l'ont ignoré quel était l'homme privé.

M. Etoc-Demazy avait apporté dans la vie privée le même ordre, la même régularité, la même méthode qui lui avaient servi de règle dans ses études scientifiques. Il apparaissait au premier abord un peu froid, un peu réservé, légèrement rigoriste, quoique toujours bienveillant.

Mais ceux qui avaient su conquérir sa confiance découvraient bien vite que ce savant aux allures froides était en même temps un philanthrope, un esprit d'élite qui n'était resté étranger à aucun des grands problèmes sociaux et humanitaires qui préoccupent les esprits éclairés de notre époque.

D'une nature timide et sans expansion, il était pour tous ceux qui l'approchaient d'une inaltérable douceur et d'une parfaite et constante égalité d'humeur. Sévère pour lui-même, il était, pour les fautes des autres, plein d'une indulgence qui n'était pas toujours dénuée d'un peu d'ironie ou de scepticisme.

Pendant les dernières années de sa vie, ne pouvant plus se livrer à ses travaux scientifiques, il avait concentré toutes les ressources de son activité intellectuelle sur l'asile qu'il considérait à juste titre comme son œuvre.

Quelle joie lorsqu'il apprenait que le Conseil général avait voté des fonds pour la réalisation d'un projet d'amélioration depuis longtemps caressé!

Quelle déception lorsque l'Assemblée départementale avait refusé des crédits jugés par lui nécessaires! Et quels regrets pour ce noble vieillard qui, au déclin de la vie, ne voyait pas d'intérêts supérieurs aux intérêts de ceux qui souffrent!

Jusqu'à sa dernière heure, l'Asile resta son unique et constante préoccupation, et quelques jours avant sa mort, sentant sa fin prochaine, il me disait d'une voix mourante: « Je ne verrai plus l'asile, je mourrai avant d'avoir vu l'achèvement de

nos travaux d'amélioration. » Ce fut la grande douleur de ses derniers moments.

Sa famille perd en lui un de ses membres les plus honorables et les plus éminents; la cité qui l'a vu naître une de ses illustrations, et l'asile, le plus sûr et le plus fidèle de ses amis.

Mais, du moins, pour nous, si cruelle que soit cette perte, elle ne sera pas irréparable et sans consolations, car, si la dépouille mortelle d'Étoc-Demazy va reposer dans sa dernière demeure, ses œuvres, son exemple, son esprit de discipline, son souci du devoir lui survivront et nous saurons en conserver précieusement le souvenir.

Adieu donc, cher et vénéré maître, reposez en paix, nous gardons de vous le plus précieux de vous-même, et nous continuerons l'œuvre qui vous tenait tant au cœur, qui fut la grande œuvre de votre vie et dont le développement progressif se poursuivra, nous l'espérons, sans entraves, sous l'égide protectrice de votre mémoire illustre et respectée.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Nous avons le regret d'enregistrer deux nouveaux attentats commis par des aliénés sur des médecins. Le premier fait s'est passé à l'asile d'aliénés de Montpellier, et la victime est notre savant collaborateur, M. le professeur Mairet, médecin en chef de l'établissement.

Voici, en peu de mots, tel qu'il a été raconté par les journaux :

« Le 16 novembre 1893, notre confrère faisait sa visite quand, tout à coup, un fou, armé d'un morceau de bois taillé en pointe, se précipita sur lui et lui porta un coup sur la joue droite, au-dessus de la lèvre inférieure.

Le bois a perforé la joue. Le sang a jailli en abondance.

Le professeur a été ramené à son domicile; il ne peut prendre aucune nourriture; pourtant, on espère qu'aucune complication ne surviendra. »

Heureusement, aucune complication n'est survenue et, quinze jours après le fâcheux accident, la guérison était à peu près complète, M. Mairet reprenait ses occupations.

Nous adressons à notre confrère nos plus vives sympathies, et nous le félicitons sincèrement de son prompt rétablissement.

De pareils attentats ne sont, hélas! que trop fréquents, et l'on ne tient pas assez compte, dans le public, des dangers, pour ainsi dire journaliers, que courent les médecins aliénistes et leur personnel auxiliaire.

— Le second attentat est celui dont a été victime notre distingué confrère, M. le D^r Gilles de la Tourette, médecin des

hospitaux de Paris, le mercredi soir, 6 décembre 1893. Ce jour-là, à sept heures moins un quart environ, se présentait chez lui une jeune femme d'aspect convenable, demandant avec instance à lui parler. Comme il était absent, on la fit attendre dans un salon, et à sa rentrée, M. Gilles de la Tourette la reçut dans son cabinet. Là, elle lui exposa qu'elle avait été hypnotisée par divers praticiens, qu'elle était actuellement sans ressources, qu'elle avait besoin de 50 francs et qu'elle s'adressait à lui parce qu'il avait écrit des ouvrages sur l'hypnotisme. Voyant à qui il avait affaire, notre confrère cherchait à calmer cette sollicitieuse d'un nouveau genre; mais n'obtenant d'autre réponse que la demande réitérée de 50 francs, il voulut l'éconduire. Au moment où il ouvrait la porte de son cabinet, il reçut un violent choc dans la nuque et entendit une détonation, suivie aussitôt de deux autres. La balle dont il avait été frappé, avait heureusement atteint obliquement l'occipital, s'était aplatie et, après avoir creusé entre l'os et la peau un trajet de 5 centimètres environ, s'était arrêtée. Elle put être extraite immédiatement et, après quelques jours de repos, M. Gilles de la Tourette put reprendre ses occupations. Nous en félicitons vivement notre confrère.

On avait parlé, à ce propos, de suggestion criminelle par l'hypnotisme, mais M. Georges Guinon, à qui nous avons emprunté le récit précédent (*Le Progrès médical*, numéro du 9 décembre 1893), nous apprend que l'auteur de cet attentat, qui pouvait avoir de si graves conséquences, est une nommée Kamper, ancienne pensionnaire de Sainte-Anne (août 1892), envoyée sur certificat médical à la Salpêtrière, dans le quartier des aliénées. « Il s'agit d'une persécutée, se disant continuellement hypnotisée par toutes sortes de personnages, ses parents, son mari, des médecins connus dans ce genre de spécialité, et même des personnages étrangers au monde médical, mais ayant publié des travaux plus ou moins extraordinaires sur la matière. Elle avait des hallucinations des divers sens, des interprétations délirantes, des conversations mentales, etc., etc.

« Elle a quitté l'asile, et de persécutée est devenue persécutrice. Elle s'est rendue chez Gilles de la Tourette, simplement parce qu'il était connu d'elle par ses ouvrages sur l'hypnotisme et qu'elle voulait se venger d'un de ses soi-disant persécuteurs. Elle aurait pu tout aussi bien en choisir un autre. D'ailleurs, elle avait à la main une lettre qu'elle voulait remettre à M. X..., connu également, bien qu'il ne soit pas médecin, pour ses travaux sur la matière. Les 50 francs qu'elle demandait n'étaient qu'un prétexte pour se faire admettre auprès de la victime qu'elle avait choisie. »

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le mardi 12 décembre 1893, sous la présidence de M. Laboulbène.

Parmi les prix décernés, nous relevons les suivants, qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse.

Prix Civrieux. — 800 francs (annuel). — Question : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

Six mémoires sur ce sujet ont été adressés au concours. L'Académie partage les prix entre : 1° M. le D^r HONORÉ BIDON, médecin des hôpitaux de Marseille, auteur du mémoire n° 5, 2° M. le D^r CALIXTE ROUGÉ, médecin en chef de l'asile des aliénés de Limoux (Aude), pour son travail portant le n° 3. L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. le D^r VINCENT PAGLIANO, médecin des hôpitaux de Marseille, auteur du mémoire portant le n° 2.

Prix Lefèvre. — 1,800 francs (triennal). — Question : *De la mélancolie.*

Quatre mémoires sur ce sujet ont été soumis au concours. L'Académie partage le prix de la façon suivante : 1° 1,000 francs au mémoire inscrit sous le n° 4; les auteurs de ce mémoire sont MM. les D^{rs} CHARLES VALLON et AUGUSTE MARIE, médecins des asiles d'aliénés de la Seine; 2° 800 francs à M. le D^r SÉGLAS, de Paris, auteur du mémoire n° 3.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1894, 1895 et 1896. Les *Annales* ont déjà publié (V. numéros de janvier 1892, p. 167 et de janvier 1893, p. 153) les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse, proposées pour les deux premières années; voici celles proposées pour l'année 1896 :

Prix Baillarger. — 2000 francs (bisannuel). Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés, consacrés aux aliénés.

Prix Charles Boullard. — 1,200 francs (bisannuel). Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Civrieux. — 800 francs (annuel). — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

Prix Falret. — 900 francs (bisannuel). — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

Prix Lefèvre. — 1,800 francs (triennal). — Question : *De la mélancolie.*

NOTA. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

RIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle e lundi 18 décembre 1893, sous la présidence de M. de Lacaze-Duthiers. Parmi les récompenses proclamées, nous relevons les suivantes, décernées à des travaux sur la physiologie et la pathologie du système nerveux :

Prix Montyon de médecine et de chirurgie. — 7,500 francs. — Un des trois prix, de 2,500 francs chacun, est accordé à M. le D^r HUCHARD, de Paris, pour ses études sur les *maladies du cœur, sur l'angine de poitrine et la cardiosclérose*. Une mention honorable est accordée à M. le D^r VIALET, de Paris, pour son travail ayant pour titre : *Les centres cérébraux de la vision et de l'appareil nerveux visuel intracérébral*.

Prix Barbier. — 2,000 francs. — Le prix est partagé ; l'un des deux lauréats est M. SANSON, de Paris, pour son ouvrage sur l'*Hérédité*.

Prix Lallemand. — 1,800 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le D^r TROLARD, d'Alger, auteur de nombreux travaux sur le *Système veineux du crâne, de l'encéphale et du canal vertébral*.

LA REVISION DE LA LOI SUR LES ALIÉNÉS A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Le jeudi 7 décembre 1893, on a distribué à la Chambre des députés une proposition de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés, présentée par M. J. Reinach et E. Lafont, et déjà soumise à la Chambre dans la précédente législature (1). Cette proposition a été renvoyée à la Commission d'initiative.

Cette proposition a été prise en considération dans la séance du lundi 18 décembre 1893. Voici l'extrait du compte rendu *in extenso* de cette séance, concernant cette prise en considération :

(1) M. J. Reinach avait déposé, en 1891, une proposition de loi pour reviser la loi sur les aliénés ; cette proposition fut l'objet d'un intéressant rapport de M. Ernest Lafont. Ces deux documents ont été appréciés par notre collaborateur A. Giraud, dans les *Annales* de 1892. (V. numéros de janvier, p. 5, et de mai, p. 337).

« M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour appelle la discussion sur la prise en considération de la proposition de loi de MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont sur le régime des aliénés.

La commission d'initiative conclut à la prise en considération.

Personne ne demande la parole ?

Je mets aux voix les conclusions de la commission.

(Les conclusions de la Commission d'initiative sont mises aux voix et adoptées).

M. LE PRÉSIDENT. — MM. Reinach et Lafont demandent que la Commission chargée d'étudier cette proposition soit nommée dans la réunion des bureaux qui doit avoir lieu demain.

Il n'y a pas d'opposition?...

Il en est ainsi ordonné. »

La Commission a été, en effet, nommée le mardi 19 décembre 1893; elle se compose de MM. Sauzet, Henri Ricard (Côte-d'Or), Lefoullon, Georges Berry, Dubief, Darlan, Lafont, Jacques, Reinach, Babaud-Lacroze, Auricoste.

PROJET DE CRÉATION D'UN ASILE SPÉCIAL POUR LES ALCOOLIQUES.

Pour lutter contre le fléau envahissant de l'alcoolisme, on a créé dans plusieurs pays étrangers des asiles spéciaux pour le traitement des alcooliques. En France, où ce genre de malades ne manquent pas, surtout dans les grands centres, mais où cependant, ils sont moins nombreux dans certains autres pays, l'Angleterre par exemple, on se contente, lorsqu'ils délirent ou qu'ils deviennent dangereux, de les placer dans les asiles d'aliénés qu'ils encombrant et d'où ils sortent aussitôt qu'ils sont redevenus calmes.

Depuis longtemps les médecins aliénistes se préoccupent de cette situation et notre savant collègue M. Bourneville, entre autres, avait émis au Conseil de surveillance des asiles de la Seine, la proposition de créer un asile où seraient hospitalisés les alcooliques pour y être traités, mais où ils pourraient être maintenus, grâce à des dispositions légales et administratives spéciales, jusqu'à complète guérison.

M. le D^r Dubois, membre du Conseil municipal de Paris, désirent faire entrer cette question dans la pratique, a déposé au Conseil général de la Seine (séance du 15 novembre 1893) une proposition demandant la création, dans le département de la Seine, d'un asile pour le traitement spécial de l'alcoolisme.

Voici l'extrait du compte rendu de la séance, relatif au dépôt de cette proposition :

M. Dubois. — Messieurs, personne n'ignore que, à l'étran-

ger, les alcooliques sont traités dans des asiles spéciaux. Chez nous, tous les aliénistes se plaignent de la présence dans nos asiles de ces aliénés temporaires qui reviennent aussitôt que, sortis, ils ont pu se livrer de nouveau à leur funeste passion.

Aussi, au moment où il est question de la création d'un cinquième asile d'aliénés, je crois utile de déposer la proposition suivante dont je demande le renvoi à la troisième Commission :

« Le Conseil général,

« Considérant le nombre considérable de malades atteints d'alcoolisme admis dans les asiles d'aliénés du département de la Seine;

« Considérant que l'alcoolisme doit être traité d'une façon spéciale, par des moyens spéciaux;

« Considérant qu'avec le système ordinaire des asiles d'aliénés on ne peut obtenir la « guérison » de l'alcoolisme, qui est la cause indiscutée d'un grand nombre de cas d'aliénation mentale chez les descendants,

« Délibère :

« Article 1^{er}. — Il y a lieu de créer dans le département de la Seine un asile pour le traitement spécial de l'alcoolisme.

« Art. 2. — Une Commission sera désignée parmi les membres du Conseil général et de l'Administration, les médecins aliénistes des asiles et des hospices du département de la Seine pour préparer un projet d'organisation d'un asile spécial.

« Signé : DUBOIS, PAUL STRAUSS. »

M. le Directeur des affaires départementales. — La troisième Commission, qui a été saisie de cette question, a demandé à l'Administration de procéder à une étude au sujet du traitement des alcooliques à l'étranger.

Tous les renseignements relatifs à cette question seront prochainement communiqués au Conseil de surveillance des asiles d'aliénés et à la troisième Commission. On ne voit donc pas la nécessité de constituer à ce sujet une commission spéciale.

M. Dubois. — Il n'appartient pas à l'Administration de revendiquer pour elle le souci de cette affaire. J'ai jeté dès longtemps cette question dans les journaux, les médecins aliénistes s'en sont occupés. La troisième Commission en est saisie et le Conseil général prendra les résolutions nécessaires.

M. Rousselle, président de la troisième Commission. — La question est posée aussi bien devant la troisième Commission que devant le Conseil de surveillance des asiles d'aliénés. Vous savez, Messieurs, que ce Conseil comprend les médecins les plus éminents.

La Commission et le Conseil de surveillance, qui sont toujours d'accord quand il s'agit de l'amélioration du sort des aliénés, se préoccupent vivement de cette question. Le

D^r Magnan, dont vous connaissez tous la compétence, pense que l'on peut guérir complètement l'aliénation résultant de l'alcoolisme.

Il serait intéressant de tenter l'essai d'un asile spécial pour les alcooliques ; cette mesure a donné les meilleurs résultats en Suisse et en Angleterre. On arrive, paraît-il, à guérir non seulement l'aliénation due à l'alcoolisme, mais l'alcoolisme même. En tout cas, c'est un essai à tenter.

La troisième Commission, d'accord avec le Conseil de surveillance des asiles d'aliénés, poursuivra cette étude et examinera les moyens de réaliser cette importante amélioration pour les aliénés alcooliques.

M. Dubois. — C'est justement ce que j'ai demandé.

La proposition de M. Dubois est renvoyée à la troisième Commission.

L'ALCOOL ET L'OPIMUM AU POINT DE VUE DES CRIMES ET DE L'ALIÉNATION MENTALE

Dans une conférence récente de M. George White, un des officiers les plus considérables de l'armée de l'Inde anglaise, a comparé les effets moraux dus à la consommation de l'opium et de l'alcool. Dans cette armée, 71,000 Européens consomment de l'alcool et 15,000 cipayes font usage de l'opium. Une enquête a montré que presque tous les crimes commis par les soldats européens doivent être attribués à l'abus des boissons alcooliques, tandis que l'opium ne peut être incriminé dans aucun de ceux commis par les cipayes.

D'après les statistiques criminalistes, l'alcool est la cause des quatre cinquièmes des crimes en Angleterre ; les juristes indiens affirment, par contre, qu'on trouverait à peine un crime provoqué par l'usage de l'opium. Les directeurs de prisons et ceux d'asiles d'aliénés fournissent des chiffres qui concordent avec ceux qui viennent d'être cités. Ainsi, dans l'asile d'aliénés le Bombay, il y avait en 1892, 44 pensionnaires amenés là par l'abus du haschich, 21 alcooliques, et il ne s'y trouvait pas un seul individu ayant perdu la raison par suite de l'abus de l'opium.

D'ailleurs, les cipayes usent de l'opium d'une façon très modérée. Si, comme on lui en prête l'intention, le gouvernement interdisait aux Indes l'usage de l'opium, la consommation de l'alcool augmenterait beaucoup, entraînant à sa suite ses fâcheuses conséquences. La presse indienne fait une vigoureuse campagne contre cette interdiction qu'elle ne croit pas, d'ailleurs, devoir être efficace. (*Le Bulletin médical*, numéro du dimanche 10 décembre 1893.)

FAITS DIVERS

La criminalité en Allemagne. — La *Gazette de l'Allemagne du Nord* du 4 décembre 1893 emprunte à la statistique officielle, publiée par les soins du ministère de la justice, le tableau suivant, qui indique le mouvement croissant de la criminalité en Allemagne, depuis l'année 1887 jusqu'à l'année 1892, inclusivement.

Années.	Nombre de crimes.			
1887. . .	356.357,	soit 1.084	sur 100.000	habitants.
1888. . .	350.665,	— 1.056	—	—
1889. . .	369.644,	— 1.102	—	—
1890. . .	381.450,	— 1.122	—	—
1891. . .	391.064,	— 1.124	—	—
1892. . .	422.326,	— 1.199	—	—

Les skoptzi. — On mande de Saint-Pétersbourg au *Standard* :

Un curieux procès a eu lieu la semaine dernière, à Saint-Pétersbourg; le huis clos avait été prononcé. Un banquier et sa nièce étaient accusés d'appartenir à la secte des skoptzi, dont les adhérents se livrent à des mutilations sur leur propre personne.

Dans la loi russe, les mutilations ne sont punissables que si elles sont commises en vertu de motifs religieux. A l'effet d'établir l'accusation, un ecclésiastique fut chargé d'examiner les papiers des prévenus, dans lesquels il trouva les deux phrases suivantes, écrites par la jeune fille, et absolument inintelligibles pour un profane : « Nous triompherons, » et « Un grand navire doit faire un grand voyage. »

L'expert reconnu dans ces phrases les symboles des skoptzi et le jury rendit un verdict affirmatif. Le banquier, un homme de soixante ans, a été condamné à quinze ans de travaux forcés pour mutilations graves opérées sur lui-même, et pour avoir tatoué une croix sur la poitrine de sa nièce. Celle-ci a été condamnée à dix ans de la même peine comme complice. (*Le Journal des Débats*, numéro du samedi matin, 9 décembre 1893.)

Exclusion des épileptiques des écoles publiques en Allemagne. — Le conseiller scolaire supérieur du grand-duché de Bade a envoyé, il y a peu de temps, à tous les conseillers scolaires de cercle une circulaire pour leur rappeler que, par suite de l'ouverture d'un établissement spécial pour les enfants épileptiques à Kork, il serait dorénavant interdit de laisser fréquenter à ces enfants les écoles ordinaires, leur présence dans ces écoles ayant diverses conséquences fâcheuses au point de vue de la

santé et de l'instruction des autres enfants. Toutes les fois que les conseillers apprendront qu'un écolier est atteint d'épilepsie, ils devront le dispenser de fréquenter l'école et même au besoin l'en exclure. L'attention des médecins-inspecteurs doit être attirée sur ce point. (Le *Bulletin médical*, numéro du dimanche 10 décembre 1893.)

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Session de Clermont-Ferrand (1894).

Le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se réunira à Clermont-Ferrand du 4 au 10 août 1894.

Le Congrès discutera spécialement les questions suivantes :

1° *Pathologie mentale* : « Des rapports de l'hystérie et de la folie. » — Rapporteur : M. le D^r GILBERT BALLEZ, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris;

2° *Pathologie nerveuse* : « Des névrites périphériques. » — Rapporteur : M. le D^r P. MARIE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris;

3° *Législation et administration* : « De l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques. » — Rapporteur : M. le D^r P. LADAME, privat-docent à l'Université de Genève.

Les rapports sur ces questions seront adressés en temps utile aux adhérents.

Des séances spéciales seront réservées aux communications particulières.

Les personnes qui se proposent de participer aux travaux du Congrès de Clermont-Ferrand, sont priées d'adresser leur adhésion et leur cotisation à M. le D^r P. HOSPITAL, médecin en chef de l'asile d'aliénés Sainte-Marie-de-l'Assomption, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), avenue de l'Observatoire, 6 et 10, ou rue Sainte-Claire, 54, et de vouloir bien faire connaître le plus tôt possible le titre de leurs communications ou leur intention de prendre part à la discussion des questions générales indiquées ci-dessus.

Le montant de la cotisation est de 20 francs.

CONCOURS DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BELGIQUE

PREMIÈRE QUESTION. — *Étude clinique des maladies mentales, transitoires ou permanentes, consécutives aux maladies infectieuses et aux délabrements organiques, à l'exclusion de la syphilis. L'auteur insistera spécialement sur leur pathogénie.*

DEUXIÈME QUESTION. — *Le traitement rationnel de la folie basé sur les indications étiologiques.*

TROISIÈME QUESTION. — *Cette question, relative à la pathologie mentale ou nerveuse, est laissée au choix de l'auteur.*

CONDITIONS DU CONCOURS. — 1. *Le concours est international.*

2. Les mémoires pourront être présentés en français, en néerlandais, en allemand, en anglais ou en italien. Toutefois les concurrents étrangers seront tenus de faire accompagner leurs mémoires d'un résumé et de la traduction de leurs conclusions en langue française.

3 Le montant des prix affectés au concours s'élève à 500 francs ; il pourra être alloué au lauréat dans sa totalité ou en partie.

4. Le concurrent étranger, proclamé lauréat, devra pour permettre la publication de son travail dans le Bulletin de la Société, en faire faire la traduction française à ses frais. Il lui sera loisible de faire publier son œuvre dans sa langue maternelle au moment où elle paraîtra dans la publication de la Société.

5. Le mémoire envoyé au concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués, doivent porter la même épigraphe.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le Président en séance publique.

Lorsque la Société n'accorde qu'une mention honorable à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur.

Les mémoires doivent être adressés avant le 31 décembre 1895, franc de port, au Secrétaire, le D^r JOS. MOREL, médecin en chef de l'Hospice Guislain, à Gand.

Le Rédacteur en chef-Gérant: ANT. RITTL.

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

**La proposition de loi sur le régime des aliénés,
présentée par MM. Joseph Reinach et Ernest
Lafont, députés.**

Le projet de revision de la loi sur les aliénés vient d'être, de nouveau, pris en considération par la Chambre des députés. Deux fois, déjà, la proposition de reviser la loi du 30 juin 1838 avait été soumise à la Chambre, avait fait l'objet de rapports dont nous avons entretenu les lecteurs des *Annales*, et tout est resté dans le *statu quo*. Comme l'a dit, d'une manière pittoresque, M. Reinach, le rapport de M. Bourneville, en 1889, a disparu « dans l'hypogée de la paperasserie parlementaire ». Lors de la législature suivante, la proposition Reinach et le rapport Lafont ont été rejoindre le rapport Bourneville. Les travaux de la Chambre meurent avec chaque législature et le projet vient de renaître sous forme d'une proposition nouvelle, signée cette fois de MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont. La proposition reparait au début de la législature, ce qui

lui donne des chances d'aboutir. Faut-il souhaiter la modification de la loi de 1838 ? Les avis sont partagés. Le point de départ de la demande de revision est un sentiment de méfiance à l'égard des aliénistes. C'est le développement de l'opinion, qu'avec la loi de 1838, les séquestrations arbitraires sont faciles, peut-être même fréquentes. On ajoute que les spécialistes voient partout la maladie qu'ils étudient plus particulièrement ; or, les médecins des asiles sont des spécialistes et la déduction naturelle est qu'ils doivent retenir dans les établissements d'aliénés des gens sains d'esprit. On demande alors l'intervention de la magistrature pour confirmer le placement à l'asile, afin de sauvegarder la liberté individuelle. Le retard apporté à faire aboutir cette réforme est la meilleure réponse à faire à ceux qui croient aux séquestrations arbitraires dans les asiles. Si la liberté individuelle était réellement en danger, on ne discuterait pas depuis si longtemps pour en assurer la protection, et les discussions qui ont eu lieu, jusqu'à présent, ont prouvé que les médecins des asiles n'étaient pas des ennemis de la société. Nous n'avons donc pas à redouter une nouvelle discussion. La loi actuelle, datant de 1838, n'est point parfaite. A l'époque où elle a été votée, on ne s'attendait pas à voir ce service spécial d'assistance publique prendre l'extension qu'il a prise, et le nombre des malades à traiter dans les établissements d'aliénés augmente toujours. Les législateurs de 1838 ne pouvaient pas avoir, pour les détails du service, l'expérience qui a pu être acquise depuis cette date. Les dispositions nouvelles qu'on propose gagneraient aussi, à notre avis, à être amendées, et certaines de ces dispositions ne paraissent ni bien utiles, ni d'une application facile ; mais comme, dans l'état actuel, on ne peut réaliser un progrès qu'en sortant du *statu quo*, nous croyons qu'il vaut mieux sortir de la situation

indécise où nous nous trouvons en ce moment. On tend aujourd'hui à ajourner les questions intéressant le service des aliénés parce qu'une loi nouvelle est en préparation, et il n'y a d'issue qu'en voyant la législation définitivement fixée.

C'est dans cet esprit que nous allons examiner la proposition actuellement soumise à la Chambre. On pourrait dire que ce document parlementaire n'apporte aucun élément nouveau à la discussion, et n'est que la réédition de ce qui a été présenté lors de la législature précédente. L'exposé des motifs est la réimpression textuelle, sauf une petite variante à la page 13, de l'exposé des motifs de la proposition Reinach déposée dans la séance du 3 décembre 1890.

Nous aurions donc à reproduire ici toutes les critiques que nous avons présentées dans notre chronique des *Annales* du mois de mars 1891. Le rapport de M. Lafont, déposé le 21 décembre 1891, avait été écrit dans un tout autre style, et l'honorable rapporteur avait fait justice de certaines exagérations. On comprend que M. Reinach ait maintenu sa première manière de voir; mais on s'explique moins que M. Lafont, faisant une œuvre commune avec son collègue, ait signé la proposition sans demander quelques retouches et ait ainsi accepté la responsabilité d'assertions qu'il a critiquées lui-même. Quand nous avons lu, la première fois, le tableau dramatique de l'entrée du malade à l'asile, où il est question de « ces trois jours terribles pendant lesquels le fiévreux, l'agité, qui a été précipité dans la fosse commune des fous, a le temps, sous le régime de 1838, de perdre à jamais la raison, de justifier le bulletin de complaisance qui a été décerné contre lui », nous avons dit que M. Reinach s'était laissé emporter par l'ardeur de la discussion. M. Lafont n'eût certes pas écrit une phrase semblable, et on s'étonne qu'environ trois ans après, il

en ait eudossé l'acceptation. Nous pourrions citer d'autres passages et faire la même réflexion.

Par contre, le texte de loi proposé reproduit, sauf quelques variantes, le texte accepté par la Commission dont M. Lafont était rapporteur à la précédente législature. On connaît le texte en question dont nous avons présenté l'analyse dans le numéro des *Annales* de mai 1891, et il nous suffira, aujourd'hui, d'en examiner les variantes soumises à la discussion de la Chambre.

Nous ne trouvons aucune modification dans le titre premier comprenant douze articles. On se rappelle que dans le projet Reinach, le titre premier comportait, comme le projet voté par le Sénat, un article de plus. La surveillance du service des aliénés était confiée, dans chaque département, à un médecin inspecteur. Cette organisation, admise par le Sénat, et conservée par M. Reinach, a été vivement critiquée par M. Lafont, qui en a fait ressortir tous les inconvénients. L'article avait été supprimé par la Commission parlementaire et ne pouvait pas être rétabli dans le projet Reinach-Lafont.

Nous trouvons la première variante à l'article 18. Le texte de M. Reinach avait été modifié par l'adoption de l'amendement Grousset et avait été ainsi rédigé par la Commission parlementaire.

« Aussitôt après les formalités prescrites à l'article précédent, le Procureur de la République adresse ses réquisitions écrites avec le rapport médical d'admission, les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine du médecin de l'établissement au Président du tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé.

« Le Président du tribunal statue comme en matière de référés et d'urgence, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée.

« Le huis-clos sera, soit en référé, soit en appel, toujours ordonné.

« Toute personne pourra intervenir même en Cour d'appel.

« Toutes les fois que le juge des référés ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise médicale.

« La décision du juge des référés est notifiée sur-le-champ par le Procureur de la République au Préfet, au chef de l'établissement et à l'intéressé. L'appel à la décision du juge des référés sera porté devant la Cour d'appel dans les formes prescrites par l'article 809 du Code de procédure civile, mais le délai sera d'un mois à partir de la signification de la décision attaquée. » ..

Dans le nouveau projet Reinach-Lafont, la rédaction est la suivante :

« Aussitôt après les formalités prescrites à l'article précédent, le Procureur de la République adresse ses réquisitions écrites avec le rapport médical d'admission, les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine du médecin de l'établissement, au Tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé.

« Le tribunal statue d'urgence, en chambre du Conseil sur la maintenue ou la sortie de la personne placée.

« Toutes les fois que le tribunal ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise médicale. La décision du tribunal est notifiée sur le champ au Préfet et au chef responsable de l'établissement. »

C'est le retour pur et simple au texte voté par le Sénat, sauf qu'il n'est plus fait mention de l'avis du médecin-inspecteur, puisque la création de cette catégorie de fonctionnaires est repoussée. Dans son premier projet, M. Reinach avait adopté la rédaction du Sénat. Nous avons critiqué l'amendement Grousset au mois de

mai 1892, nous n'avons donc pas à regretter son abandon par MM. Reinach et Lafont.

A l'article 20, on indique qu'on transcrira au registre matricule « la décision du tribunal ». Le texte la Commission portait « décision du juge des référés ». Cette variante est la conséquence de la modification de l'article 18.

Même modification ayant pour objet de faire disparaître l'expression *juges des référés*, à l'article 36. Les auteurs de la proposition reprennent le texte du Sénat.

Une dernière variante insignifiante se retrouve à l'article 38 où nous lisons : « La Chambre du Conseil », au lieu de « Le tribunal en la Chambre du Conseil ». Là encore, c'est le texte du Sénat qui est repris.

MM. Reinach et Lafont ont laissé, par erreur sans doute, à l'article 50, les mots « décision du juge des référés », au lieu de « décision de la Chambre du Conseil ».

Comme on le voit, les variantes du nouveau projet ne portent que sur un point, abandon de l'amendement Grousset qui avait pour objet une question de forme dans l'intervention de la magistrature pour confirmer le placement des aliénés à l'asile.

Les annexes ne comprennent aucun document nouveau.

N° 1. — Loi du 30 juin 1838.

N° 2. — Proposition de loi sur les aliénés présentée par MM. Gambetta et Magnin, députés au Corps législatif. (M. Reinach avait déjà inséré cette annexe à la suite de sa proposition en 1890.)

N° 3. — Exposé des motifs de la proposition déposée au Corps législatif, le 11 mars 1870, par MM. Léon Gambetta et Joseph Magnin.

(Annexe également de la première proposition Reinach.)

N° 4. — Rapport sur l'organisation d'un concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles d'aliénés. (Annexes du rapport Bourneville en 1889, reproduite par M. Reinach en 1890.)

N° 5. — Rapport communiqué au Congrès international de médecine mentale par M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques. Les cellules d'observation des aliénés dans les hospices. (Annexe également du rapport Bourneville, et déjà reproduite par M. Reinach.)

N° 6. — Texte du projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. (Annexe du rapport de M. Lafont.)

N° 7. — Tableau comparatif des dépenses du service des aliénés en 1880 et en 1890. (Annexe du rapport Lafont.)

N° 8. — Tableaux statistiques sur la population dans les asiles. (Annexe du rapport Lafont.)

N° 9. — Tableaux des asiles d'aliénés existant en France en 1891. (Annexe du rapport Lafont.)

N° 10. — Monomanie homicide. (Extrait de Maudsley, *Le Crime et la Folie*, et déjà reproduit à la suite de la première proposition Reinach.)

Telle est l'analyse succincte du nouveau document que nous avons entre les mains. On peut dire que les choses sont un peu moins avancées qu'elles ne l'étaient quand la précédente législature a pris fin l'année dernière, puisqu'il faut maintenant, pour suivre la procédure parlementaire, un nouveau rapport, avant que la question ne puisse être mise à l'ordre du jour pour arriver à la discussion. La proposition Reinach-Lafont a été déposée au milieu d'un véritable flot de propositions d'initiative parlementaire. Dans le numéro de janvier dernier, la revue générale d'administration donnait le relevé

de ces propositions, du 21 novembre au 20 décembre 1893. On en compte quatre-vingt-quatorze. Le projet concernant les aliénés a déjà traversé la première épreuve, la prise en considération. Mais il rencontrera probablement encore sur sa route bien d'autres obstacles pour retarder sa mise en discussion.

Nous n'avons pas à modifier l'appréciation que nous avons déjà donnée antérieurement. La grande réforme que l'on propose toujours consiste dans l'intervention de la magistrature pour confirmer le placement des aliénés à l'asile. Nous croyons que cette garantie donnée à la liberté individuelle n'est qu'un effet de mirage puisque, aujourd'hui déjà, les parquets sont avisés de l'entrée de chaque malade et le tribunal peut ordonner la sortie immédiate si le placement ne semble pas justifié. Notre sentiment est que tout se réduira à une affaire de forme, et que le médecin de l'asile n'a pas à se préoccuper de ce contrôle : peut-être même n'aurait-il qu'à s'en féliciter, car le tribunal, en confirmant le placement, viendra couvrir la responsabilité du médecin.

L'avantage résultant de ce que le placement sera d'abord provisoire, nous paraît une autre illusion. Le traitement d'un malade ne peut pas être provisoire. Les formalités pour confirmer le placement demandent plus de quinze jours, et parfois le malade pourra sortir guéri avant d'être considéré comme un aliéné définitif. Ce sera une application originale d'une nouvelle loi Bérenger. Le défaut d'une partie des dispositions du projet de loi est d'augmenter notablement la paperasserie administrative. Où est la nécessité d'envoyer les pièces d'admission, les certificats de vingt-quatre heures et de quinze en triple expédition, d'avoir deux séries de registres matricules ? En revanche, la reconstitution du corps des inspecteurs généraux spéciaux nous paraît une mesure excellente pour la bonne marche du service et l'insti-

tation du Conseil supérieur donnera des garanties au personnel des asiles. Mais le fonctionnement de ce Conseil recruté comme on propose de le faire, sera peut-être difficile.

On cherche à développer l'assistance à donner aux aliénés et la difficulté est de le faire d'une manière pratique. Nous aurons à revenir sur ce sujet lorsque le projet aura traversé une autre épreuve et quand nous aurons un nouveau rapport de la nouvelle Commission parlementaire.

A. GIRAUD.

Pathologie

DE

L'HYPOTHERMIE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le D^r J.-B. BOUCHAUD

La température centrale chez l'homme, qui ne subit à l'état de santé que de légères oscillations, est susceptible dans les maladies de varier dans des limites très étendues, soit au-dessus, soit au-dessous de la normale.

L'élévation fébrile diffère sous plusieurs rapports de l'hypothermie. Elle est beaucoup plus commune et s'observe dans un très grand nombre d'affections. Dans certains cas, dans les fièvres par exemple, son évolution est caractéristique et sert très fréquemment à établir le diagnostic ; plus souvent sa marche est irrégulière et en rapport avec l'intensité, la gravité et les variations de la maladie qu'elle accompagne. Elle ne devient un signe pronostique grave que lorsqu'elle dépasse certaines limites.

L'hypothermie, qui est très rare, n'évolue jamais suivant un type régulier et ne caractérise aucune maladie. C'est un phénomène morbide qui n'est la conséquence d'aucun état morbide particulier, et dont il est difficile de saisir la cause. Cependant elle indique en général un état fâcheux et annonce presque constamment une terminaison fatale, pour peu qu'elle descende au-dessous de la normale.

Dans l'aliénation mentale, on n'observe habituellement ni élévation ni abaissement de la température, on peut cependant constater l'une et l'autre.

La folie, disait Esquirol, est une affection sans fièvre, L'élévation thermique est en effet assez rare ; elle n'apparaît ordinairement que comme un accident et naît sous l'influence de causes variées, qu'il est assez souvent difficile de déterminer.

Quant à l'hypothermie, qui a été signalée un petit nombre de fois seulement, on n'est pas mieux fixé sur les circonstances qui lui donnent naissance et on ignore quel est son degré de fréquence. On serait même porté à croire qu'elle est peu commune, si on s'en tenait au peu de documents que l'on possède sur cette question ; aussi, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'algidité, il nous a semblé qu'en faisant connaître ces faits, dont le nombre est relativement élevé, nous pourrions apporter un peu de lumière dans un sujet encore peu étudié.

Avant de rapporter nos observations, nous donnerons un résumé des principaux travaux dont il nous a été possible de prendre connaissance.

En France, il est fait mention dans les livres classiques des abaissements de température que l'on peut observer chez les aliénés ; mais on ne trouve à citer qu'un petit nombre de mémoires originaux. Les publications faites à l'étranger sont plus nombreuses et d'un plus haut intérêt.

C'est Wachsmuth qui, dès 1857, a attiré l'attention sur les variations de la température du corps dans diverses formes d'affections mentales (Popoff) (1).

Mais c'est à Lowenhardt qu'on doit les premiers cas qui méritent d'être signalés (2). Il a publié quatre observa-

(1) *Arch. neur.*, 1885.

(2) *Allg. Zeitsch. für psych.*, 1868.

tions de manie et noté dans ces observations des températures extraordinairement basses. Dans le premier cas, la température se maintint pendant plusieurs semaines entre 25 et 31°. — Dans le second cas, la température fut la veille de la mort de 29°. — Dans le troisième cas, on observa les cinq derniers jours une température oscillant entre 29°,75 et 31°,5. — Dans le quatrième cas, enfin, le malade présenta les deux derniers jours une température variant entre 28° et 31°,8. Avec ces températures, dit Lowenhardt, les malades ne semblaient pas plongés dans la stupeur. Avant leur attaque de manie ils étaient adonnés à l'alcool, leur trouble mental, se présentait sous la forme d'exaltation mentale, la fureur se manifesta même à certains moments ; il y avait en outre une grande agitation, insomnie et tendance à se déshabiller et à déchirer les vêtements. — Des bains froids leur avaient été administrés ; une diarrhée incoercible existait chez les quatre maniaques.

La température tomba en général plus ou moins rapidement dans le cours des six ou huit dernières semaines, et dans deux cas elle continua à descendre jusqu'à la mort, tandis que, dans le troisième cas, la température devenue basse monta relativement beaucoup la quatrième semaine qui précéda la mort, pour s'abaisser de nouveau rapidement et d'une façon constante jusqu'au terme fatal. — Il y avait une grande variation entre la température du matin et celle du soir (Redard) (1).

Plus tard (2), dans un mémoire intéressant, Zenker a cité plusieurs cas qui présentent avec ceux qui précèdent une grande analogie. Nous donnerons, d'après une

(1) *Traité de thermométrie médicale*, 1885.

(2) *Allg. Zeitsch. für psych.*, 1877.

traduction du mémoire de cet auteur, due à Boucha-court, le résumé de ces observations (1).

Obs. I. — Femme, trente-cinq ans, affaiblie; insomnie, tristesse, agitation, hallucinations, fonctions régulières: se promène sans habit ou se couvre de linges trempés. Passe une partie de la nuit hors de son lit, par 12° R. Le jour suivant (31 octobre), elle devient calme et fut prise d'un demi-sommeil. P. et R. ralentis. T. rect., 34° C. Réchauffée, elle atteint le deuxième matin 37°,7 C. Quinze jours plus tard, après une nuit semblable, elle gisait de nouveau sur le plancher, calme et somnolente avec une température de 34°,5. Un traitement approprié ramène la chaleur; le lendemain, T. 37° C.

Obs. II. — Femme, trente-quatre ans. Agitation et incohérence, anémie et maigreur. Se découvre, quitte le lit pendant la nuit par une température de 11 à 13° R. dans la chambre. Est prise de diarrhée et de fièvre, s'affaiblit après avoir quitté son lit et être restée couchée quelque temps sur le sol; elle est trouvée, le 30 octobre, froide, pâle et sans connaissance. T. 32°,2. Malgré le traitement, la température reste basse et elle incurt dans le collapsus, le lendemain. T. 32°,8.

Autopsie. — Organes sains.

Obs. III. — Femme, trente-cinq ans, maigre, ridée. Déchire ses vêtements, quitte son lit la nuit, agitation extrême. S'affaiblit, n'est plus qu'un squelette. Elle tombe dans un demi-sommeil. Le 19 juillet, 34°,9. On ne parvient pas à rétablir les forces. Mort, le 22. T. 35°,8.

Obs. IV. — Homme, quarante-deux ans, petit, maigre, faible. Anxiété et idées hypocondriaques, refuse de prendre de la nourriture et doit être nourri artificiellement, se déshabille et passe la plus grande partie de la nuit hors de son lit. (T. de la chambre, 13° R.) Du 25 octobre au 15 novembre, la température, toujours plus basse le matin que le soir, varie le matin entre 35 et 36°,6 et le soir entre 36 et 37°.

Le 16 novembre, après une nuit très agitée, la température tombe à 32° et on le trouve calme et somnolent. On peut l'éveiller et obtenir quelques paroles, mais il retombe aussitôt dans un demi-sommeil. Il reste dans cet état malgré les soins qu'on lui prodigue et il meurt le lendemain. T. 37°,3.

Autopsie. — Pas de lésions organiques.

(1) *De l'hypoth. chez les aliénés.* Th. de Lyon, 1892.

Obs. V. — Femme, vingt ans, délicate et maigre. Idées tristes, plaintes et gémissements; craignant d'être empoisonnée, refuse la nourriture. Se déshabille et ne reste pas au lit la nuit; déperdition de forces, épuisement. Le 27 août, elle reste au lit, pelotonnée, somnolente, amaigrie, pâle et épuisée. Réagit lentement contre les excitations extérieures; répond à demi, d'une façon confuse, aux questions, puis referme les yeux et continue à dormir. T. 30°,6. Le jour suivant, la température s'élève à 36° et varie entre 36 et 37° jusqu'au 1^{er} septembre, jour de sa mort.

Autopsie. — Organes sains.

Zenker cite encore le cas d'un paralytique âgé de cinquante ans, dont la température, par suite de pertes considérables de chaleur, était, 2 heures avant sa mort, de 26°,5.

Tumer a vu des accès congestifs avec température très basse, il en donne un exemple dans lequel l'hypothermie (32°,5) a persisté jusqu'à la mort (1).

Bechterew, dans sa thèse inaugurale soutenue en 1881 (2), expose le résultat de recherches faites sur les variations de la température dans différentes formes d'aliénation mentale et plus particulièrement dans la mélancolie et l'idiotie.

Dans les cas de mélancolie, pendant la phase de dépression, la température va en s'abaissant et peut se maintenir pendant quelque temps au-dessous de 36°,5, parfois même au-dessous de 35°,5 et de 35° dans les cas de mélancolie grave. La température se relève sitôt qu'une amélioration se produit dans l'état psychique du malade.

Dans l'idiotie congénitale ou acquise, la température se tient en général au-dessous de la normale. En outre,

(1) *Ann. méd-psych.*, décembre 1892.

(2) Saint-Petersbourg, 1881. Analyse in *Arch. für psych. und nervenkr.* Band XIII, Heft 3.

la courbe de 24 heures ne présente aucune régularité. On voit survenir des élévations brusques de la température, ordinairement peu considérables, et des abaissements de température beaucoup plus accusés, de façon que celle-ci passe, par exemple, en très peu de temps, de 37°,5 ou 38° à 36°, 35° et même 34°,5. Bref, dans le courant d'une même journée, la température présente des différences de température jusqu'à 2° et 3°. — Enfin, chez les idiots, l'organisme oppose une moindre résistance aux soustractions de chaleur ; au sortir d'un bain où la déperdition de chaleur, à la surface du corps, n'a été que minime on observe des abaissements de la température interne allant jusqu'à 0°,8, dans des circonstances où, chez un sujet sain, la température corporelle se maintient à son niveau physiologique. Il semble donc que chez les idiots la calorification soit moins active par rapport à ce qu'elle est dans les circonstances normales (*R. sc. m.*, 1884).

Vers la même époque (1), Sklovsky a observé chez un paralytique (?) une température de 31°,9 - 32°,3 sous l'aisselle, et de 32°,3 dans le rectum. Cette température a duré jusqu'à la mort, et l'autopsie a fait reconnaître un ramollissement de la partie postéro-inférieure de l'hémisphère droit du cervelet allant jusqu'au pédoncule cérébelleux moyen.

Hitzig, en 1886, s'est occupé plus particulièrement des températures subnormales chez les paralytiques généraux (2).

De l'ensemble de ses observations il conclut que les chutes excessives de la température du corps se rencontrent le plus communément dans la paralysie générale et dans les formes de folie qui s'en rappro-

(1) *Arch. neur.*, 1882.

(2) *Berlin. klin. Wochenschr.*, XXI et *R. sc. m.*, 1886.

chent, notamment dans les psychoses séniles. — Quand on les note dans d'autres formes, on trouve toujours quelque cause qui détermine un trouble général de la nutrition et entraîne en même temps une augmentation de la déperdition du calorique. Ce dernier fait s'observe assez souvent aussi chez les paralysés généraux et les aliénés par sénilité, mais il ne constitue pas la condition indispensable de l'abaissement thermométrique. Dans les cas de paralysie générale où l'on rencontre des températures au-dessous de la normale, il s'agit : 1° tantôt de chute prodigieuse du thermomètre, sans convulsions ou attaques paralytiques. Hitzig donne une observation où, pendant la dernière semaine de la vie, la température rectale oscilla entre 31°,6 et 38°,2, et descendit à 30°,5 au moment de la mort; — 2° tantôt de chutes thermométriques précédant l'attaque de quelques heures ou de quelques jours, et pendant l'attaque la température ne remonte pas jusqu'à la normale. — Hitzig fournit la courbe thermométrique des trois derniers jours de l'existence d'un aliéné paralytique âgé de 49 ans; la veille au soir avant l'attaque, la température rectale était de 37°,1; lendemain matin, de 32°; l'attaque se produisit à 2 heures de l'après-midi et la femme succomba au milieu de convulsions répétées sans que le thermomètre fût remonté à 33°; — 3° tantôt de chutes thermométriques précédant de plus ou moins longtemps une attaque devant laquelle la température, ou bien remonte avec des oscillations jusqu'à la normale, ou bien reste élevée jusqu'à la mort, ou bien enfin redescend.

Les deux exemples de température les plus basses qui aient été jusqu'ici signalés chez l'homme vivant ont été rapportés par Reinhardt (1).

Il s'agit de deux paralysés généraux, robustes mais

(1) *Berl. klin. Wochenschr.*, XXI. R. sc. m., 1886, t. XXVIII.

émaciés : l'un syphilitique âgé de 36 ans, l'autre alcoolique âgé de quarante ans. Chez l'un et l'autre de ces malades, après plusieurs mois d'agitation maniaque continue, survint subitement un collapsus avec extrême lenteur de la respiration et abaissement de la température rectale à 22°,6 chez le premier et à 22°,5 chez le second. — La température a été prise à la fois par deux médecins et le thermomètre a été vérifié.

Le second malade mourut 4 h. 1/2 plus tard ; quelques minutes après le décès la température rectale était de 22°, 1. Le premier malade éprouva une amélioration passagère avec retour de la température à la normale. Mais il ne reprit pas connaissance et, après avoir eu des convulsions avec une température rectale de 39°,5, il succomba au bout de quarante-huit heures à une pneumonie double.

Suivant Tambrosi, « la température moyenne des aliénés ne diffère pas de celle des individus sains. La température la plus élevée appartient à la manie, puis en progression descendante à la paralysie générale progressive, au délire systématisé, à l'épilepsie, l'imbécillité, l'idiotie, la lypémanie simple, la lypémanie pellagrense, la démence et la lypémanie stupide. Dans les mêmes maladies, la température de l'homme dépasse celle de la femme (1). »

Les travaux qu'il nous reste à citer offrent moins d'intérêt que ceux qui précèdent, il s'agit d'observations où l'abaissement de température a été beaucoup moins marqué.

Popoff, dans un mémoire publié dans les *Archives de neurologie* (2), rapporte une observation d'hypothermie que l'on peut résumer ainsi :

(1) *Arch. ital. per le malattie nerv.* Année XXII.

(2) *Arch. neur.*, 1885.

Obs. — Femme, quarante-neuf ans; plusieurs accès de manie aiguë; nouvel accès en janvier 1884: est très agitée, dort mal, prend peu d'aliments. En mars, se calme, mais la faiblesse physique augmente; le 23, peau froide, pouls, 40, température rectale, 34°,8. A l'aide de soins qui lui sont donnés, la température s'élève rapidement. Dès le 28 mars elle atteint 37°,2. Guérison.

Un tel abaissement, dit l'auteur, ne peut être expliqué par une influence extérieure. Sa chambre était suffisamment chauffée (16° R.), ni par le refus d'aliments; ce dernier étant de trop courte durée pour altérer la nutrition de la malade qui avait à peine maigri. On ne peut donc supposer qu'un trouble des centres thermiques du cerveau, promptement enrayé par le traitement actif qui a été mis en usage.

Popoff rappelle ensuite que Burckhardt a cité trois cas de mélancolie (1), deux femmes et un homme, dans lesquels la température était descendue à 34°, 8, 34°, 6 et 34°, 8; dans les deux premiers cas la terminaison fut favorable. Plus loin, il ajoute que Hasse a vu (2), après un accès d'exaltation maniaque, la température tomber plusieurs fois à 34°,4, sans que l'état général du malade ait été sensiblement modifié.

Lamoure, ancien interne à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, a publié, dans sa thèse inaugurale (1878) sur la lypémanie avec stupeur (3), six observations dans lesquelles la température est descendue à plusieurs reprises à 35° chez quatre de ses malades et à 34°,8 chez les deux autres. La mort a été constatée quatre fois.

Plus récemment, dans une thèse soutenue à Lyon, Bouchacourt (4) cite trois observations personnelles de

(1) Burckhardt, *Arch. für Psych.*, 1878.

(2) Hasse, *All. Zeitschr. f. Psych.*, 1883.

(3) Th. de Paris, 1878.

(4) *De l'Hypothermie chez les aliénés*. Th. de Lyon, 1892.

femmes mélancoliques, prenant peu de nourriture, très amaigries et succombant après avoir présenté un abaissement de température de 35°,2, 33°,8 et 34°,2.

On peut les résumer ainsi :

Obs. VII. — Femme, trente-quatre ans. Mélancolie depuis quatre ans. Stupeur, anémie, maigreur. Température minimum en octobre 1890, 35°,2. Mort en juin 1891.

Obs. VIII. — Femme, vingt ans, admise en 1890. Est triste, taciturne. Refuse souvent la nourriture, devient gâteuse, eschares, alternatives d'excitation et de stupeur. En septembre 1891, la température descend une fois à 33°,9. En janvier et février, la température oscille autour de 35°. Le 1^{er} mars, 33°,8; le 2 mars, 34°. Mort. Amaigrissement considérable. Poids du corps supposé, 15 à 20 kilogrammes.

Obs. IX. — Femme, vingt-sept ans. Triste, taciturne. Refuse les aliments. On la nourrit artificiellement. Eschare au sacrum. Dès 18 décembre 1891, janvier, février et mars 1892 au 13 avril même année, la température varie entre 34°,2 et 37°.

Le 14 avril, 33°,9; le 23, 39°,1.

Le 24 avril, 37°,7. Mort le 25, 37°,7.

Dans l'analyse des travaux qui précèdent, nous n'avons tenu compte que des faits où la température a été de beaucoup inférieure à la normale.

Il en sera de même des observations qui nous sont personnelles. Nous ne reproduirons que celles où le thermomètre est descendu au-dessous de 35°, passant sous silence les cas où il s'est maintenu entre 35° et 37°.

Ce n'est pas que ces derniers soient dépourvus d'intérêt, mais ils sont assez communs et ils nous paraissent suffisamment connus.

Notre but, du reste, n'est pas de faire une étude complète de la température chez les aliénés, mais de montrer que, chez eux, le thermomètre peut descendre très bas, et que ces chutes thermométriques anormales sont beaucoup moins rares qu'on ne serait tenté de le supposer d'après le petit nombre de travaux qui ont été publiés sur cette question.

Les observateurs qui ont cité des faits de basses températures n'ont recherché ni le degré de fréquence de ce phénomène morbide, ni son évolution, ni les diverses circonstances où il se produit.

On s'explique ce silence des auteurs, si on remarque que les faits analogues à ceux que nous allons faire connaître passent très facilement inaperçus. Dans presque toutes nos observations, les accidents hypothermiques se sont manifestés brusquement, alors que rien ne pouvait faire prévoir leur apparition, et, une fois apparus, ils ont évolué avec une très grande rapidité, souvent en quelques heures.

On conçoit que des accidents aussi imprévus et d'une aussi courte durée échappent à l'attention, si on n'a soin d'examiner tous les malades et de leur appliquer le thermomètre, surtout dans les derniers moments de la vie. Il nous eût été à nous-même impossible de recueillir un grand nombre de faits, si nous n'avions été secondé par l'infirmier en chef, le frère Marcel, qui, aussi intelligent que dévoué à ses malades, est toujours prêt à rendre service. Il nous a fourni un grand nombre de renseignements précieux et nous lui devons d'avoir pu constater plusieurs cas qui, sans lui, seraient restés inconnus. C'est par lui et sous sa direction que les températures ont été prises et, il faut le reconnaître, avec une exactitude parfaite, ainsi que nous avons pu maintes fois nous en assurer. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Les températures ont été obtenues en général en plaçant le thermomètre dans l'aisselle, mais très souvent aussi au même moment dans l'aisselle et dans le rectum, notamment dans les cas où l'algidité a été très prononcée.

La différence dans les résultats obtenus avec les deux manières d'opérer n'a été, ainsi qu'on peut le constater,

en parcourant les observations, que de quelques dixièmes de degré, 2 à 5 en général, beaucoup moins considérable par conséquent qu'on ne le suppose. Cela tient à ce que nos malades n'étaient pas fortement amaigris et ne ressemblaient nullement à ceux qui sont tombés dans le marasme, comme chez les nouveau-nés, par exemple, et dont les parois du creux axillaire sont fort peu épaisses.

Pour ne pas donner trop d'étendue à notre travail, nous avons été sobre de détails. Nous nous sommes contenté de faire connaître les principaux caractères de l'affection mentale dont nos malades étaient atteints et d'indiquer les manifestations les plus importantes de leur état algide.

Il faut ajouter que plusieurs cas se sont produits dans de telles circonstances et ont évolué avec une telle rapidité qu'il n'a pas été possible de les rapporter avec de longs développements, ils peuvent néanmoins être utilisés pour le but que nous nous sommes proposé.

Au lieu de placer ici les observations et de les faire suivre des réflexions qu'elles comportent, nous croyons préférable de reproduire sous forme de tableau les particularités les plus importantes qu'elles présentent de manière à rendre saisissables à un simple coup d'œil tout ce qu'elles offrent d'intéressant.

Nous avons de la même manière représenté dans leur ensemble les indications ou courbes thermométriques fournies par chaque malade.

Plusieurs données importantes ressortent des documents fournis par notre tableau A.

En premier lieu, on voit que dans la plupart des cas le thermomètre est descendu à un degré qui a été rarement signalé. Ainsi la température la plus basse que nous ayons constatée était, prise dans le rectum, de 36°,2; ajoutons que, dans 10 cas sur 30, la température s'est

montrée inférieure à 30°. Chez les 20 autres malades, le minimum atteint a varié entre 30° et 35°.

Il n'est fait mention que de 30 malades atteints d'hypothermie ; mais, comme chez 3 d'entre eux (obs. I, II et X) l'algidité s'est montrée 2 fois, il s'ensuit que nous avons constaté en réalité 33 cas d'hypothermie.

Le premier de nos cas ayant été observé le 15 décembre 1879 et le dernier le 22 janvier 1892, il en résulte que l'ensemble de nos observations a été recueilli en l'espace de treize ans et un mois. Mais il ne suffit pas, pour qu'on se fasse une idée de la fréquence de l'hypothermie chez les aliénés, qu'on sache quel est le nombre des cas que nous avons observés en un temps donné, il importe de faire connaître le nombre des aliénés au milieu desquels nos cas se sont produits et le nombre des décès survenus, parmi ces aliénés, dans le même intervalle de temps, afin qu'on puisse ainsi comparer les chiffres pris dans un asile à ceux que l'on obtiendrait de recherches semblables faites chez les sujets non atteints d'aliénation mentale.

Pour simplifier les calculs, au lieu du temps écoulé entre le 15 décembre 1879 et le 22 janvier 1892, nous supposons que nos observations ont été prises entre le 1^{er} février 1879 et le 31 janvier 1892, c'est-à-dire en l'espace de 13 ans.

Le chiffre de nos cas d'algidité devient ainsi, il est vrai, trop faible, puisque d'autres cas ont pu se produire du 1^{er} février 1879 au 15 décembre de la même année alors que notre attention n'avait pas été appelée sur ce sujet ; mais l'erreur, si elle existe, doit être minime, car, ainsi qu'on le verra, l'algidité est beaucoup plus rare en été qu'en hiver.

En admettant que nous ayons vu 33 cas d'hypothermie, chez 30 malades, en l'espace de 13 ans, cela nous donne une moyenne de 2.5 cas par an.

Le nombre des aliénés de l'asile étant de 517 le 1^{er} janvier 1879 et s'étant élevé graduellement à 710, chiffre atteint le 1^{er} janvier 1892, on peut considérer le nombre de 600 comme représentant le chiffre moyen de la population. Le nombre des cas d'hypothermie a donc été de 2.5 par an sur une moyenne de 600 aliénés.

L'hypothermie étant un état morbide presque constamment mortel, si, au lieu de comparer le nombre de ceux qui en ont été atteints à celui des aliénés qui dans l'asile étaient dans un état de santé relativement bon, on met en présence ce nombre et celui de ceux qui sont morts dans le même espace de temps, on arrive à des résultats non moins intéressants.

Le nombre des décès survenus du 1^{er} février 1879 au 31 janvier 1892 a été de 916, ainsi répartis :

	Pensionnaires.		Indigents.		
Décès	390	+	526	=	916

Dans le même laps de temps, le nombre des malades atteints d'hypothermie a été de 30, comprenant 40 pensionnaires et 20 indigents.

Si nous établissons les rapports de ces derniers chiffres aux premiers, nous obtenons approximativement.

Pour l'ensemble	$\frac{30}{916} = \frac{1}{30}$
Pensionnaires	$\frac{10}{391} = \frac{1}{39}$
Indigents	$\frac{20}{526} = \frac{1}{26}$

Le premier rapport nous montre que, pour environ 30 décès, il y a eu un aliéné atteint d'hypothermie ; mais sur nos 30 malades, 29 ayant succombé, si on

compare ce dernier chiffre à celui des décès en général, on obtient :

$$\frac{29}{916} = \frac{1}{31.6}$$

ce qui nous apprend que 1 décès sur 31.6 s'est accompagné d'un abaissement de température inférieur à 35°.

Ce rapport serait, inutile de le faire remarquer, beaucoup plus élevé si nous avions tenu compte des cas où l'abaissement thermométrique a été moindre, sans compter que certains faits d'algidité ont pu échapper à notre observation.

Quoi qu'il en soit, la proportion des cas d'hypothermie que nous venons d'indiquer apparaît comme absolument anormale quand on considère que, dans les hôpitaux, où l'on reçoit des malades atteints d'affections variées, mais d'une autre nature, on voit rarement le thermomètre descendre au-dessous de 36°,5 et presque jamais au-dessous de 35°.

On ne peut donc s'empêcher de reconnaître que l'aliénation mentale est de toutes les maladies celle qui prédispose le plus à l'hypothermie.

A côté de cette cause, qui est prépondérante, il en existe d'autres qui jouent également un rôle important. Il faut en premier lieu citer l'influence du froid extérieur. C'est ce que démontre très nettement le relevé des mois où l'hypothermie a été constatée et qui se trouvent indiqués dans notre tableau. A l'exception d'un cas qui s'est montré en juin (XXI), tous les autres ont été observés du 21 novembre au 28 avril, c'est-à-dire pendant la période la plus froide de l'année. Le froid a donc une influence des plus manifestes sur le développement de l'algidité.

Cette influence a été très nette chez le malade de l'observation VI, qui fut admis en novembre 1879, après

avoir fait dans une voiture découverte et par un temps froid un assez long trajet. Elle a été moins évidente chez les autres malades qui ont été atteints d'hypothermie après un séjour prolongé dans l'asile. Surveillés avec soin et étant maintenus dans des locaux toujours chauffés, ils ne s'étaient pas exposés au froid du dehors.

Ayant recherché, à plusieurs reprises, la température des salles, nous avons trouvé habituellement 12° à 15° dans les points les plus éloignés du foyer de chaleur; mais il se peut que les salles étant chauffées avec un poêle, on ne puisse pas obtenir, comme avec un calorifère, une température uniforme et constamment élevée. A certains moments d'ailleurs, il faut aérer les locaux et on sait combien il est difficile de renouveler l'air sans occasionner un certain degré de refroidissement.

Quoi qu'il en soit, en supposant que la chaleur dans les salles soit maintenue entre 12° et 15°, nous sommes porté à croire que cette température est trop peu élevée; si elle est suffisante pour ceux qui se donnent du mouvement, elle ne l'est plus pour ceux qui prennent peu ou pas d'exercice.

D'autre part, on sait que les aliénés ne prennent aucun soin d'eux-mêmes et ont une tendance à se découvrir. Non seulement ils ont besoin de vêtements épais et chauds pour lutter contre les différentes causes de refroidissement; mais ils devraient encore être l'objet d'une surveillance continue et on comprend que, quoi qu'on fasse, quelques-uns de ces soins doivent leur faire défaut.

Si le froid est nuisible, par contre la chaleur a une action des plus favorables. Chez cinq de nos malades (I, II, X, XXIV et XXVII), la température, quoique très basse, a pu être ramenée à la normale pour un temps plus ou moins long.

Le plus souvent, il est vrai, on fait de vains efforts pour combattre l'algidité. Cela prouve que l'emploi de la chaleur n'est efficace qu'au début de l'hypothermie et que ses effets sont incertains quand les forces ont été profondément déprimées.

Le froid atmosphérique étant susceptible de déterminer la mort par hypothermie, il y avait lieu de rechercher si son influence fâcheuse ne se traduit pas chez les aliénés par d'autres phénomènes morbides, si, par exemple, la mortalité n'est pas plus grande chez eux à l'époque où l'hypothermie se montre de préférence.

A cet effet, nous avons réuni, pour chaque mois, le nombre des décès survenus en l'espace de douze ans, de 1879 à 1891 (l'année 1880 manque), dans les asiles d'Armentières, de Bailleul et de Lommelet. Les résultats obtenus sont les suivants :

Novembre.	287	Mai	275
Décembre.	379	Juin	249
Janvier.	326	Juillet	154
Février.	367	Août.	188
Mars.	330	Septembre.	211
Avril.	338	Octobre	189
	<hr/>		<hr/>
	2.047		1.266

Ce tableau démontre que pendant la saison froide, de novembre à avril, la mortalité est presque le double de ce qu'elle est de mai à octobre ; que celle du mois de février est deux à trois fois (2,4) plus considérable que celle du mois de juillet, et enfin qu'elle va croissant du mois de juillet au mois de février et en décroissant du mois de février au mois de juillet. On est donc amené à reconnaître que l'influence fâcheuse du froid se manifeste autrement qu'en déterminant de l'hypothermie. C'est ce qui existe du reste pour l'ensemble de la population en général. Il a été constaté que, dans nos contrées et chez les adultes, la mortalité est plus grande

pendant et après les grands froids, plus basse pendant et après les grandes chaleurs. Ne connaissant pas de statistique qui fournisse, chez les sujets âgés de plus de 20 ans, le nombre des décès pour chaque mois, dans une localité donnée, et que nous puissions comparer avec la nôtre, nous ne pouvons savoir jusqu'à quel point la mortalité chez les aliénés est, en hiver, supérieure à celle du reste de la population; mais il résulte des quelques données que nous possédons qu'elle est sans conteste beaucoup plus élevée.

Le relevé des décès pour chaque mois de l'année 1892 nous paraît être, à ce point de vue, plus instructif encore que le tableau précédent.

	BAILLEUL Hommes: 1,349.	ARMENTIÈRES Hommes: 735.	LOMMELET Hommes: 630.
Janvier. . . .	12	24	13
Février. . . .	5	22	14
Mars.	20	19	7
Avril.	16	14	13
Mai	7	6	9
Juin	11	4	3
Juillet	7	9	1
Août.	7	6	4
Septembre . .	7	8	5
Octobre . . .	7	11	2
Novembre . .	11	8	2
Décembre . .	14	14	2
TOTAUX . . .	124	145	75

Ces chiffres nous démontrent que chez les femmes la mortalité est beaucoup plus faible que chez les hommes et, d'autre part, que le froid exerce sur elles une influence moins fâcheuse; nous obtenons en effet:

DÉCÈS	BAILLEUL	ARMENTIÈRES	LOMMELET
Janvier à avril . .	43	79	47
Juin à septembre.	32	27	13
Maximum	Mars. 20	Janvier. 24	Février. 14
Minimum.	Août. 7	Juin. . 4	Juillet. 1

En même temps que le froid, il y a lieu de faire intervenir d'autres influences nuisibles qui accompagnent la mauvaise saison et tiennent à l'état atmosphérique. Mais ces conditions sont multiples et complexes, nous ne pouvons insister.

Cette action du froid pourra surprendre ceux qui savent que beaucoup d'aliénés se découvrent par les temps les plus rigoureux, marchent pieds nus sur un sol glacé et dans la neige, et semblent n'éprouver aucune incommodité de cette infraction aux lois de l'hygiène. C'est que le froid n'est nuisible qu'à une catégorie de ces malades. Il est surtout préjudiciable à ceux qui sont débilisés et d'un âge avancé.

Presque tous nos malades, en effet, étaient dans la section des aliénés débiles, c'est-à-dire de ceux qui sont déments et calmes.

Un petit nombre seulement étaient dans les autres sections et, parmi eux, se trouvaient L... et S... (obs. I et II) qui ont survécu à la première atteinte, bien que l'abaissement de température fut chez eux considérable.

Une autre preuve que tout ce qui est de nature à débilitier contribue au développement de l'hypothermie, et que les aliénés résistent d'autant mieux aux causes de refroidissement que les conditions hygiéniques où ils se trouvent sont plus confortables, nous est fournie par la différence entre le nombre des indigents et celui des pensionnaires qui ont succombé à l'algidité.

Nous avons trouvé précédemment comme proportion entre les cas d'hypothermie et le nombre des décès :

Chez les pensionnaires	$\frac{1}{39}$
Chez les indigents	$\frac{1}{26}$

Ces chiffres ne doivent pas être considérés comme

étant l'expression exacte de la réalité, attendu qu'un certain nombre de pensionnaires sont placés dans la division des indigents et soumis au même régime, ce qui modifie, dans une certaine mesure, les rapports que nous avons obtenus. Malgré cette cause d'erreur qui peut légèrement atténuer la différence, il est certain que le régime exerce une influence notable sur l'apparition de l'algidité.

En parlant de débilité, il importe de faire remarquer ici que nos malades, quoique plus ou moins affaiblis, n'étaient ni épuisés ni réduits à un état de marasme comme cela a été signalé souvent par les auteurs; la plupart au contraire avaient un aspect satisfaisant.

Seuls les malades des observations VI, XV, XXI et XXXVI étaient épuisés par la diarrhée, une agitation excessive ou une alimentation insuffisante.

La vieillesse, que caractérise un affaiblissement fonctionnel de tous les organes, est une des causes qui prédisposent le plus au développement de l'hypothermie.

Parmi nos malades atteints d'algidité, 5 étaient âgés de 55 à 59 ans et 12, de 60 à 78 ans.

Ces chiffres indiquent nettement combien est grande l'influence de l'âge comme cause de l'algidité, puisque plus du 1/3 (12/30) de nos 30 malades avaient dépassé l'âge de 60 ans, tandis que, d'après nos recherches faites dans l'asile, sur un chiffre de 651 aliénés existant à un moment donné, le nombre des individus âgés de 60 ans et au-dessus était inférieur à 1/7 de la population (91/651).

Ces chiffres font aussi entrevoir que l'hypothermie doit se montrer surtout chez les déments.

Effectivement, la démeuce est la forme d'aliénation mentale qui s'observe le plus souvent chez ceux qui sont atteints de cet état morbide. Elle est indiquée 16 fois dans nos 30 cas, alors que pour les autres formes

on trouve seulement : Idiotie, 4 cas ; paralysie générale, 4 cas ; lypémanie, 4 cas ; manie suraiguë, 1 cas ; alcoolisme, 1 cas.

Ces chiffres nous apprennent quel est le degré de prédisposition suivant les formes de folie ; mais si la folie suffit dans certains cas, souvent aussi on voit intervenir dans le développement de l'algidité, des complications caractérisées par des troubles fonctionnels graves ou des lésions organiques profondes, c'est ce qui ressort très nettement de nos observations.

La démence a été 8 fois la seule cause apparente de l'hypothermie. Dans 4 cas (II, VIII, XVII, XX), l'autopsie n'a révélé aucune lésion grave et, 4 fois (IV, V, VII, XXVIII), les malades ont succombé sans que rien pendant la vie ait pu faire croire à l'existence de lésions autres que la sénilité ou de la démence. — De même, dans 2 cas d'idiotie (IX, XIX), dans 2 cas de paralysie générale (III, XXX) et dans un cas de mélancolie (I), on n'a remarqué aucune autre affection ayant pu contribuer au développement de l'algidité.

Mais des troubles morbides variés sont venus parfois compliquer l'affection mentale et doivent être considérés comme ayant contribué à déterminer l'abaissement de la température. Tels sont : les vomissements avec diarrhée et l'épuisement avec marasme, consécutif à une grande agitation, chez les déments des observations XVIII et XXVI. — Une alimentation insuffisante et un état de stupeur avec refus de nourriture ; chez les mélancoliques des observations XV, XXIV. — Un état d'épuisement causé par l'agitation chez le paralyse général de l'observation XXIII. — Une excitation maniaque intense dans l'observation XXI et une intoxication alcoolique avec agitation extrême dans l'observation XIV.

Enfin, chez d'autres malades, l'hypothermie a coïncidé

avec la manifestation de lésions qui ont incontestablement contribué au développement de cet accident. Ainsi chez les malades des observations XII, XVI et XIII, en même temps qu'une péritonite plus ou moins marquée, il existait de graves lésions dans l'abdomen, cancer de l'estomac, ulcère de cet organe, kystes hydatiques dans le péritoine. Le malade de l'observation X était atteint d'altération profonde de la prostate, de la vessie et des reins. Celui de l'observation XII avait une péricardite chronique, qui avait occasionné des douleurs extrêmement vives. Une pachyméningite hémorragique est apparue chez le malade atteint de paralysie générale dans l'observation VI. Une ascite considérable, due à une périhépatite chronique, a déterminé l'algidité chez le malade de l'observation XXIV (les résultats produits par la ponction en sont une preuve convaincante). Chez celui de l'observation XXI, les accidents hypothermiques paraissent devoir être attribués à une dilatation de l'estomac avec indigestion. Enfin, le sujet de l'observation XXIX a succombé à une pneumonie, et celui de l'observation XXVIII avait eu une pneumonie dont il était guéri; mais cette affection avait été le point de départ d'un état de dépression que l'âge et la démence expliquent suffisamment.

En somme la folie a été parfois la seule cause de l'hypothermie qui ait été constatée; mais dans d'autres cas, l'abaissement de la température a été provoqué par des accidents secondaires qui en ont été la cause déterminante. Incapables de produire l'algidité par elles-mêmes, les complications n'ont eu un pareil effet que parce qu'il existait une prédisposition due à l'aliénation mentale.

Au point de vue clinique, ce qui caractérise nos observations, c'est l'uniformité des symptômes de l'hypo-

thermie et la rapidité de leur évolution. On pourrait résumer ainsi l'histoire de cet état morbide :

Le début est peu bruyant, insidieux. Aussi passe-t-il habituellement inaperçu.

La perte de l'appétit est un des premiers symptômes ; en même temps, l'agitation, si elle existe, diminue, puis disparaît. Les mouvements deviennent lents et rares, une sorte de somnolence se développe graduellement.

Au moment où l'état du malade attire sérieusement l'attention, l'hypothermie est déjà considérable, de sorte qu'il est difficile de savoir quelle est la marche que suit la température dans sa chute. Il est probable néanmoins que l'abaissement thermométrique se fait rapidement. C'est ce que démontrent quelques-unes de nos observations. Ainsi, dans l'observation XX, on voit le thermomètre descendre en quelques heures, malgré les soins prodigués au malade, de 36°,4 à 32°,5.

L'état algide établi se reconnaît à des symptômes simples et caractéristiques. Ils consistent en un engourdissement général et progressif de toutes les fonctions.

La marche est d'abord titubante, puis elle devient impossible ; le malade en arrive rapidement à ne plus pouvoir se tenir debout. Il reste alors assis ou couché et tend à devenir immobile. Il faut alors le stimuler vivement pour provoquer quelques rares et faibles mouvements. Il ne survient pas de paralysie ; au lieu d'être flasques, les membres conservent une certaine raideur.

La sensibilité s'émousse et finit par disparaître, ainsi que les réflexes.

L'intelligence peut persister jusqu'au dernier moment ; mais, habituellement, elle devient de plus en plus obtuse, et le malade cesse de faire attention à ce qui se passe autour de lui. Sa parole est d'abord mal articulée, il ne répond que si on le presse de questions et bientôt il tombe dans un mutisme absolu.

Les mouvements respiratoires se ralentissent peu à peu, leur nombre descend à 12, 10 respirations par minute.

Le pouls devient petit, faible et lent. On ne compte plus que 60, 50, 40 pulsations à la minute; à un moment donné, on ne peut plus le sentir sur l'artère radiale ni même sur l'humérale. L'état du cœur est en rapport avec celui du pouls.

La déglutition d'abord difficile, cesse d'être possible.

Les sécrétions diminuent. Les urines et les selles deviennent peu abondantes, rares et se suppriment.

La peau est froide, glacée, et les extrémités se cyanosent.

Enfin, la vie s'éteint sans secousses. Dans certains cas cependant, on a vu aux derniers moments survenir quelques mouvements convulsifs ou épileptiformes.

L'évolution des accidents a été chez nos malades de courte durée. Ils ont succombé presque tous en l'espace de quelques heures, 1 jour, 2 jours au plus.

On peut voir sur notre tableau B que la température s'élève très rapidement au degré normal quand le malade doit se rétablir (I, II), mais qu'une élévation thermique même notable n'est pas toujours un signe de guérison.

Après s'être élevé de quelques degrés, la température peut baisser de nouveau et le sujet succombe. Il arrive parfois qu'elle dépasse de beaucoup la normale et le malade succombe encore (II, VI, X.)

Le pronostic est toujours très grave quand le thermomètre descend au-dessous de 35°.

Deux de nos malades ont guéri sans récédive (XXIV et XXVII). Chez eux l'abaissement de la température n'avait guère dépassé 35°.

Cependant Sav... (II), dont la température était descendue à 31°,8, a pu se rétablir et vivre pendant un an.

Si de nouveau il s'est refroidi, peut-être faut-il en accuser une commotion produite par des contusions dont il portait les traces.

Quant à Laur... (I), il a pu reprendre une température normale, mais pour un temps seulement. Il a conservé une tendance au refroidissement et, malgré les soins dont il était entouré, il n'a pas tardé à être repris d'algidité et à succomber.

Dans cette observation et dans celle de Mort... (XXVIII), on voit que la température est restée au-dessous de 36° et a été très variable. Ces variations nous paraissent être un signe que la prédisposition à l'hypothermie persiste et que les forces vitales sont profondément touchées.

Chez Cor... (VI), l'algidité s'est reproduite malgré les lésions inflammatoires étendues. Avec de pareilles lésions il ne pouvait vivre, mais on comprend difficilement qu'il ait pu avoir une aussi basse température.

Il ne nous semble pas qu'on puisse confondre l'hypothermie chez les aliénés avec aucune autre affection.

Il existe cependant deux états dans lesquels on rencontre des symptômes qui offrent une certaine analogie avec ceux que nous avons observés.

Ce sont le coma urémique et le collapsus diabétique.

En parlant du coma urémique, Labadie-Lagrave s'exprime ainsi : « Souvent il s'annonce par des troubles psychiques variés : le malade devient insouciant et étranger à ce qui l'entoure ; l'intelligence s'affaïsse plus ou moins rapidement, le cercle des idées se rétrécit, puis la somnolence s'accuse de plus en plus pour aboutir finalement au coma complet... Ce coma constitué persiste parfois d'une façon continue jusqu'à la mort. La température peut descendre à 35° (1). »

(1) *Dict. de méd. et de chir.*, art Urémie.

Cette forme, que revêt parfois l'urémie et qui est assez rare, présente une certaine ressemblance au point de vue clinique avec les phénomènes qui accompagnent l'algidité ; mais chez nos malades nous avons constaté un engourdissement général de toutes les fonctions plutôt qu'un coma réel, et, dans l'urine, quoiqu'elle fut secrétée en petite quantité, nous n'avons jamais rencontré d'albumine. Enfin, l'abaissement de température a été beaucoup plus considérable.

Quant aux accidents que l'on décrit sous le nom de coma diabétique, on peut les diviser en deux groupes (1) (Le Gendre). Les uns ressortissent à un collapsus cardiaque, observé chez des individus dont le cœur était gras, les autres portent le cachet d'une auto-intoxication.

Le collapsus diabétique consiste en l'apparition subite d'une sensation d'extrême faiblesse qui oblige le malade à s'aliter, pâle, la voix éteinte, avec le pouls filiforme et les battements du cœur de moins en moins perceptibles, sans aucune paralysie et avec la conservation de l'intelligence et de la réaction pupillaire ; il y a abaissement thermique et accroissement continu de cet engourdissement général jusqu'à la mort, qui arrive au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. On ne note dans cet état ni dyspnée, ni odeur acétonimique de l'haleine, ni odeur semblable des urines. C'est la défaillance du cœur qui constitue le pivot des autres accidents et l'autopsie a montré que le myocarde des diabétiques qui succombent ainsi est en état de dégénérescence graisseuse. Ce n'est guère que chez les diabétiques obèses, ayant dépassé la quarantaine, que le collapsus s'observe (Dreschfeld).

Le coma diabétique ou acétouimique revêt une appa-

(1) *Traité de méd. Charcot et Bouchard*, t. I, p. 432.

rence clinique différente. Il s'annonce par une odeur caractéristique de l'haleine et des urines, une dyspnée intense, des troubles gastro-intestinaux et des troubles nerveux, tels que : agitation maniaque, incohérence du langage, puis dépression profonde, somnolence. Apparaît ensuite le coma véritable, caractérisé par la perte de la connaissance, du mouvement et de la sensibilité. Le malade est alors en résolution musculaire complète. Ses extrémités sont froides et sa température est souvent abaissée à 35°, quelquefois à 32°. La mort survient dans un délai moyen de trente-six heures.

Chez aucun de nos malades, nous n'avons remarqué les caractères des deux ordres de troubles diabétiques que nous veuons d'indiquer. Nous n'avons pas trouvé de dégénérescence graisseuse du cœur à l'autopsie, ni les signes de l'acétourie pendant la vie. Les urines que nous avons examinées n'ont d'ailleurs jamais contenu de glycose.

Quand l'algidité est très prononcée, le traitement le mieux ordonné est rarement efficace ; tous les moyens échouent, c'est la règle. Il est donc indiqué d'en prévenir le développement, et c'est, on le comprend, aux moyens hygiéniques qu'il faut avoir recours.

On doit entourer de soins tout particulièrement ceux qui paraissent prédisposés aux accidents hypothermiques, c'est-à-dire les aliénés déments et d'un âge avancé, et c'est surtout contre le froid, qui paraît être la principale cause déterminante de l'algidité, qu'il faut les prémunir. Ces malades seront pendant la saison d'hiver, de novembre à avril, parfaitement vêtus et maintenus dans une atmosphère suffisamment chaude.

Une température constante de 16 à 18° nous paraît indispensable ; inférieure à 15°, elle serait insuffisante, ainsi que le démontrent nos observations.

En outre, comme la plupart de ceux qui succombent

sont des sujets débilités et qu'un régime confortable permet de résister avec plus de succès à l'action du froid, on soumettra ces individus à un régime aussi tonique et reconstituant que possible. Leur alimentation sera abondante et substantielle.

Quand l'hypothermie est déclarée et très accusée, malgré le peu d'espoir qu'on ait d'obtenir la guérison, il faut cependant ne jamais désespérer et agir activement.

Nous avons vu qu'une température très basse (31°,8, obs. II) est susceptible d'être ramenée à la normale et de s'y maintenir pendant un temps plus ou moins long, même définitivement. Il faut donc s'empresse de recourir à tous les moyens dont on peut disposer.

Le malade sera mis au lit, fortement couvert et entouré de corps chauds. La température de sa chambre sera aussi élevée que possible, elle sera portée au besoin à 20, 22, 25°. En même temps on administrera des boissons chaudes, excitantes ou aromatiques, telles que vin généreux, café, thé au rhum, kola, potion cordiale, etc. La déglutition étant parfois difficile, impossible même, il sera souvent nécessaire d'ingérer les boissons à l'aide d'une sonde œsophagienne. Des frictions sur tout le corps, sèches ou aromatiques, avec du baume de Fioravanti, par exemple, pourront contribuer à ranimer des forces près de s'éteindre.

On a émis plusieurs théories pour expliquer le développement de l'algidité chez les aliénés.

Lowenhardt, le premier, a attribué l'hypothermie à la « paralysie d'un centre régulateur de la chaleur par une lésion cérébrale ». (Redard.)

Popoff soutient la même manière de voir pour le cas qu'il a rapporté, et qui s'est terminé par la guérison. « On ne peut supposer ici, dit-il, qu'un trouble des centres thermiques du cerveau, promptement enrayé par le

traitement actif qui a été mis en usage. » (Popoff, *loco citato.*)

Il existe, en effet, dans le cerveau des régions qui ont une action sur la chaleur du corps, mais les physiologistes ne sont pas d'accord sur le siège de ces centres thermiques ; les uns les placent dans l'écorce, plus particulièrement dans la région excito-motrice, les autres dans les corps opto-striés. D'autre part, les autopsies ne confirment pas l'idée qu'une lésion de ces centres puisse amener un abaissement de la température centrale.

Filing (1), qui a publié quatre cas d'hypothermie suivis d'autopsie, dans lesquels il trouva deux fois la protubérance durcie et partiellement ramollie dans les deux autres cas, fait de la protubérance un centre excito-calorique et pense que la diminution de chaleur résulte d'une lésion de ce centre.

C'est là une hypothèse non confirmée par les faits et contestée notamment par Otto-Hebold (2) qui a également observé quatre cas d'hypothermie chez des déments et qui ne pense pas qu'on puisse établir un rapport entre les lésions nécroscopiques et les abaissements thermométriques observés pendant la vie.

Hitzig ne se prononce pas d'une manière définitive ; il admet que les températures anormales tiennent de la paralysie du centre régulateur de la chaleur animale, mais il convient qu'on manque de matériaux suffisants pour émettre un avis définitif. Il fait remarquer que dans aucun cas, on n'a pu les expliquer par des lésions anatomiques appréciables du système nerveux central.

En revanche, il lui paraît démontré que dans un certain nombre de cas, l'affaiblissement du cœur, le ralentissement

(1) *Petersb. Med. Woch.*, 1876.

(2) *Arch. f. Psych.* Band XIII, Heft 3.

tissement de la circulation jouent un rôle principal. Beaucoup d'observations indiquent un poulx petit, vide, ne battant plus que quarante à cinquante fois par minute, et l'autopsie du malade révélait que leur cœur était gras. Mais on peut objecter que, dans bien des circonstances, la diminution de l'énergie cardiaque est la conséquence, non la cause du refroidissement général.

L'hypothèse d'une déperdition exagérée du calorique est une explication tout aussi peu satisfaisante, car elle ne s'applique pas aux faits dans lesquels on voit survenir des ascensions intermittentes de la température.

Suivant Bechterew, qui s'est occupé spécialement de l'état de la nutrition chez les aliénés, l'abaissement de la température interne, qu'on observe durant la phase dépressive de la mélancolie, serait la conséquence d'un ralentissement de la nutrition. Cette hypothèse s'appuie sur l'analyse d'urine faite par l'auteur.

Enfin, Zenker admet que, dans les cas qu'il a publiés, « l'abaissement de température a été produit par le rayonnement extérieur, le ralentissement de la nutrition et l'état de la température ambiante ». Cette opinion est celle que soutient Bouchacourt.

Quelles sont les données que fournissent à ce sujet nos observations ?

L'opinion qui attribue l'hypothermie à la lésion d'un centre thermique cérébral ne repose sur aucune observation anatomo-clinique et les autopsies que nous avons faites ne lui sont nullement favorables. Nous n'avons découvert aucune lésion localisée dans le cerveau et rien pendant la vie n'a pu en faire supposer l'existence.

Nous n'avons pas trouvé davantage d'altérations anatomiques constantes dans les autres organes : le cœur, les reins, etc.

On pourrait peut-être, avec plus de raison, invoquer un trouble de la nutrition. Nos malades étaient pour la

TABLEAU A.

NUMÉROS	NOMS	CONDITIONS	ADMISSIONS	DÉCÈS	AGE	TEMPÉ- RATURE MORA.
I.....	Laur.....	Pensionnaire.	26 décembre 1850.	22 mars 1891.....	50 ans.	31°,2
II.....	Sava.....	Indigent.....	8 juin 1886.....	13 janvier 1892.....	75.....	29°,8
III.....	Lesle.....	—.....	29 novembre 1885.	9 février 1886.....	36.....	20°,2
IV.....	Pocho.....	Pensionnaire.	17 juillet 1888.....	6 janvier 1891.....	60.....	29°,4
V.....	Codr.....	Indigent.....	2 octobre 1880.....	23 janvier 1881.....	74.....	27°,0
VI.....	Berti.....	—.....	17 mai 1891.....	22 janvier 1892.....	30.....	27°,3
VII.....	Lele.....	—.....	25 août 1869.....	15 février 1891.....	76.....	28°,5
VIII.....	Maj.....	—.....	20 novembre 1877.	20 décembre 1879.	57.....	28°,0
IX.....	Car.....	—.....	21 janvier 1877.....	3 décembre 1879.	31.....	29°,4
X.....	Corroy.....	—.....	31 octobre 1879.....	15 décembre 1879.	34.....	29°,9
XI.....	Chauv.....	—.....	18 juillet 1885.....	28 janvier 1889.....	63.....	29°,9
XII.....	Mar.....	—.....	6 juillet 1838.....	21 mars 1882.....	68.....	30°,5
XIII.....	Jun.....	—.....	20 août 1861.....	22 février 1886.....	59.....	31°,4
XIV.....	Boating.....	—.....	9 septembre 1882.	23 janvier 1883.	47.....	31°,5
XV.....	Mor.....	Pensionnaire.	16 juillet 1888.....	21 novembre 1888.	57.....	31°,8
XVI.....	Prin.....	Indigent.....	6 juillet 1859.....	22 février 1882.....	49.....	32°,0
XVII.....	Crimb.....	—.....	22 juillet 1879.....	20 décembre 1879.	72.....	32°,2
XVIII.....	Dagb.....	—.....	30 mars 1883.....	7 mars 1881.....	35.....	32°,2
XIX.....	Wa.....	—.....	22 avril 1882.....	17 mars 1883.....	16.....	32°,4
XX.....	Beauv.....	Pensionnaire.	28 août 1853.....	1 ^{er} mars 1890.....	67.....	42°,5
XXI.....	Goss.....	Indigent.....	2 juin 1883.....	4 juin 1883.....	63.....	32°,5
XXII.....	Sall.....	Pensionnaire.	28 avril 1875.....	30 décembre 1886.	50.....	32°,8
XXIII.....	Lab.....	—.....	21 mai 1881.....	29 mars 1883.....	57.....	33°,0
XXIV.....	Luc.....	Indigent.....	11 août 1868.....	14 février 1884.....	37.....	34°,0
XXV.....	Flor.....	Pensionnaire.	15 novembre 1841.	10 janvier 1890.....	66.....	34°,5
XXVI.....	Besem.....	—.....	22 mars 1882.....	27 novembre 1882.	35.....	34°,7
XXVII.....	Oeler.....	Indigent.....	18 mai 1870.....	3 avril 1880.....	43.....	34°,7
XXVIII.....	Mortr.....	—.....	27 janvier 1883.....	17 avril 1891.....	77.....	34°,8
XXIX.....	Devill.....	Pensionnaire.	1 ^{er} novembre 1846.	3 janvier 1891.....	66.....	34°,9
XXX.....	Polli.....	—.....	4 octobre 1868.....	28 avril 1892.....	54.....	35°,0

DURÉE	MAL MENTAL	ÉTAT GÉNÉRAL	AUTOPSIE
2 jours, 2 jours, 18 jours.	Mélancolie...	Embonpoint. — Plusieurs abaissements de température.	
2 jours, 2 jours.	Démence sénile.	Santé bonne. — Deux abaissements de température à un an d'intervalle.	Lésions en rapport avec l'âge.
Quelques heures.	Paralyse générale.	Diminution des forces. Sans amaigrissement.	Traces de contusion, Lésions de la paralyse générale.
1 jour.....	Mélancolie.—Démence.	Gâtisme, mais force et embonpoint conservés.	
1 jour.....	Démence sénile.	Gâtisme, mais état général satisfaisant.	
2 jours.....	Paralyse générale.	Gâtisme, mais état général satisfaisant.	Pachyméningite hémorragique.
1 jour.....	Manie.—Démence.	Malgré un certain degré de maigreur, état de santé bon.	
2 jours.....	Démence.	Gâtisme, léger amaigrissement.....	Légère altération du corps strié ganche.
1 jour.....	Idiotie.....	Etat général satisfaisant.....	Pas de lésions importantes.
4 jours, 2 jours.	Imbécillité.—Démence.	Abaissement de température à deux reprises. — Echaras, marasme.	Cystite, abcès de la prostate, altérations des reins.
1 jour.....	Mélan.—Hypos.—Dém.	Etat général satisfaisant.....	Aucune lésion importante.
Quelques heures.	Démence....	Etat général satisfaisant.....	Cancer de l'estomac avec adhérences au foie.
2 jours.....	Idiotie.....	Légère diminution des forces.....	Kystes hydatiques de la rate et du péritoine.
Quelques heures.	Excès alcooliques.	Excitation. — Diminution des forces. — Léger amaigrissement.	Altérations des reins.
Quelques heures.	Mélancolie...	Alimentation à la sonde, amaigrissement, diarrhée, épouement.	
1 jour.....	Manie.—Démence.	Amaigrissement notable.....	Ulcère de l'estomac et du pancréas.
2 jours.....	Démence....	Diminution des forces, état général satisfaisant.	Lésions en rapport avec l'âge.
Quelques heures.	Manie.—Démence.	Vomissements, diarrhée, épouement.	
3 jours.....	Crétie.....	Embonpoint. — Apparence du myxœdème.	Absence du corps thyroïde, hydropisie du péricarde.
2 jours.....	Mélancolie.—Démence.	Etat général assez satisfaisant.....	Lésions en rapport avec l'âge.
2 jours.....	Manie aiguë.	Surexcitation, épouement.....	Hémorragie capillaire du mésoencéphale.
2 jours.....	Mélancolie.—Démence.	Etat général satisfaisant.....	Périardite ébronique. — Adhérences.
1 jour.....	Paralyse générale.	Épouement.....	
2 jours.....	Mélancolie.—Stupeur.	Amaigrissement, ascite, ponction. — Mort six ans plus tard.	Périhépatite chronique. — Ascite.
Quelques jours.	Oméence....	Excellente santé.....	Dilatation de l'estomac. — Indigestion.
2 jours.....	Démence....	Agitation extrême. — Marasme.	
Quelques heures.	Mélancolie.—Stupeur.	Alimentation insuffisante, amaigrissement, guérison.	
.....	Démence....	Pneumonie guérie. — Affaiblissement graduel.	
Quelques heures.	Mélancolie.—Démence.	Pneumonie.	
.....	Paralyse générale.	Diminution des forces. Pas d'amaigrissement.	

plupart débiles, déments. Néanmoins on ne voit pas que, dans nos observations, exception faite pour deux ou trois, les sujets qui se sont refroidis, fussent amaigris, cachectiques, inanitiés.

L'influence du froid est beaucoup plus évidente ; elle ne paraît pas niable, puisque presque tous les cas que nous avons observés se sont montrés pendant la saison froide. Mais quel a été son mode d'action ? Ce n'est pas en soustrayant directement le calorique qu'il est intervenu, puisque, à l'exception de Cor... (VI), aucun de nos malades n'a été soumis à un refroidissement de cause extérieure marqué. C'est autrement, selon nous, qu'il faut interpréter son mode d'action.

Dans l'aliénation mentale et plus particulièrement dans la démence et la vieillesse, le système nerveux étant profondément atteint, toutes les fonctions qui en dépendent n'offrent qu'une faible résistance aux causes de dépression. La calorification étant une de ces fonctions doit être vraisemblablement susceptible des mêmes modifications.

C'est donc sur le système nerveux affaibli que s'exerce l'action du froid pour produire l'hypothermie ; il en diminue l'énergie, soit qu'il agisse avec intensité et rapidement, comme chez Cor... (VI), soit, comme cela est la règle, qu'il se fasse sentir d'une manière modérée, lente et continue.

Mais en même temps que le froid, d'autres causes de nature également à épuiser le système nerveux, telles que l'agitation, la diarrhée, l'inanition, une péritonite, un cancer, etc., peuvent intervenir et contribuer à provoquer le développement de l'algidité chez les aliénés qui y sont prédisposés, ainsi que cela a été noté dans quelques-unes de nos observations.

En somme, on pourrait considérer l'hypothermie chez les aliénés comme un état d'inhibition diffuse, provo-

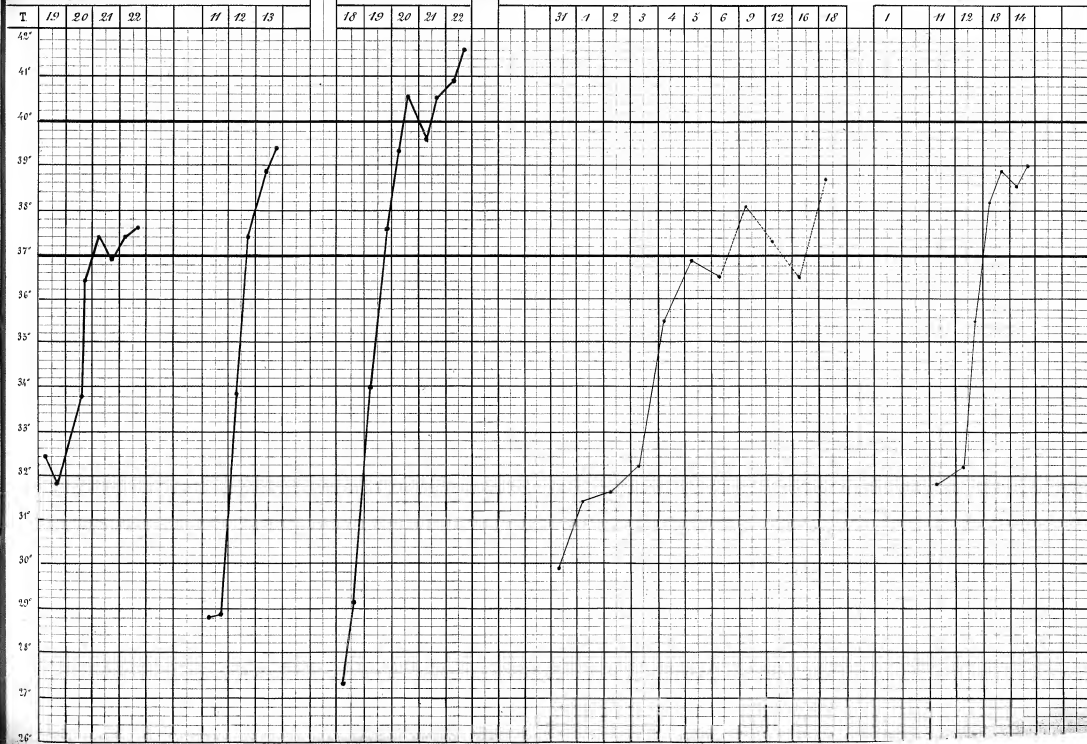
Obs. II. 1894 Janvier

1892 Janvier

Obs. VI. 1892 Janvier

Observat. X. Octobre 1879

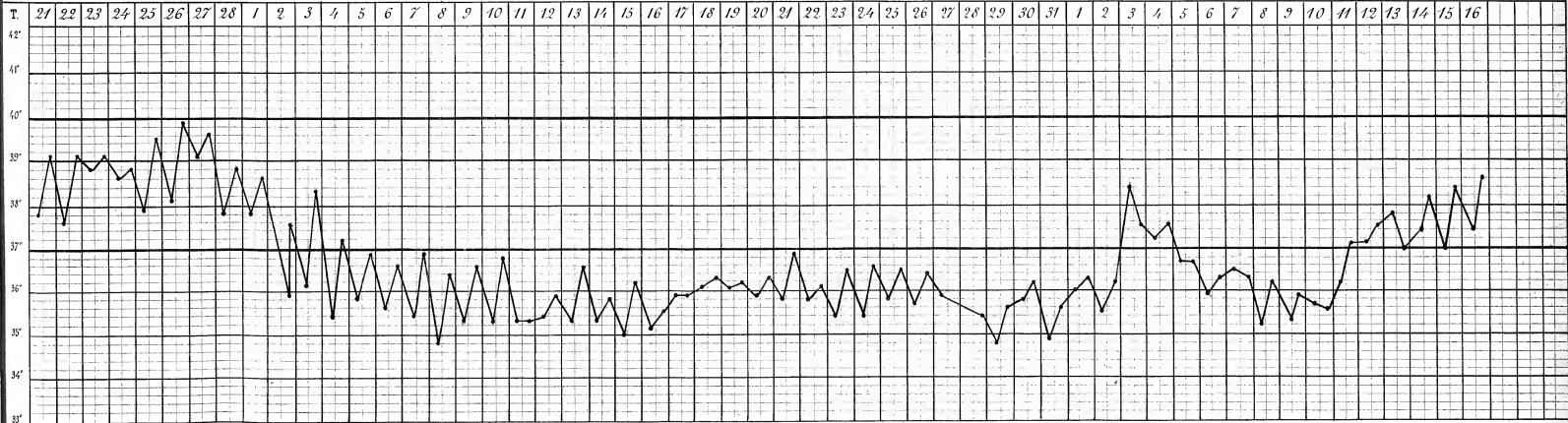
Decembre 1879



Obs. XXVIII. Février 1891.

Mars 1891

Avril 1891



quée par des causes de nature dépressive chez des sujets dont le système nerveux est profondément débilité.

Obs I. — Laur..., lazariste, admis le 31 décembre 1890, décédé le 22 mars 1893 à l'âge de quarante-six ans. A déjà été interné une première fois en 1886, pour des troubles intellectuels de nature mélancolique, avec hallucinations et idées de persécution. Il sortit guéri après un séjour de six mois environ.

Il est très sourd et taciturne, sombre, triste. Il s'accuse de fautes imaginaires, vit dans l'isolement et prend peu de nourriture. Il a cependant un embonpoint assez considérable; à la face et aux membres, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané est très développé. Sauf l'appétit qui est peu prononcé, les grandes fonctions ne présentent rien d'anormal.

Il est placé dans la section des religieux qui sont convalescents et jouissent d'une certaine liberté; dans la salle où il passe la plus grande partie de son temps et qui n'est pas trop vaste, se trouve une cheminée où l'on fait habituellement un bon feu.

Le 14 janvier 1891, on s'aperçoit qu'il est titubant, qu'il se tient difficilement debout et que sa démarche est vacillante. Comme il se plaint alors d'avoir froid, on le fait passer à l'infirmerie où l'on s'empresse de le réchauffer. Il est mis au lit, on le couvre fortement et on lui fait prendre des boissons chaudes et aromatiques. En outre, on chauffe fortement la chambre où il doit séjourner. On prend en même temps la température de l'aisselle et on trouve à 5 h. soir 31°,8 et à 10 h. soir, 31°,7. Dans la nuit, à 1 h. du matin, crise épileptiforme, avec convulsions et écume à la bouche.

15 janvier. — Ce matin, à 6 h. 1/2, T. 32°; à 8 heures nous le trouvons levé; interrogé, il répond lentement: « Ça va mal... », nous n'obtenons pas d'autre réponse. Pouls insensible (masqué en partie par l'embonpoint); à l'auscultation, bruits clairs, 80 pulsations. Face pâle, muqueuses décolorées.

A midi: potage, deux œufs mous, vin, café, confitures.

A midi 1/2 et à 1 heure, attaques épileptiformes: cris, mouvements convulsifs à la face et aux membres; figure cyanosée, puis pâle; morsure de la langue.

A 4 h. 1/2: collation. A 6 heures, T. 33°,9.

16 janvier. — La nuit a été bonne. Il n'a pas uriné, pas de selle depuis son arrivée. A 7 h. matin, T. 35°,3; P. 72. A 6 h. soir, T. 36°,9.

17 janvier. — A pris hier de l'eau-de-vie allemande, n'a pas eu de selle, mais a uriné un demi-vasse. L'examen de l'urine a donné : densité, 1013, pas d'albumine, ni sucre.

Hier dans la soirée, il a vomé son souper (soupe, un œuf, confiture).

A 7 heures matin, T. 36°,4. A bon appétit, se promène, air animé; les phénomènes de dépression, d'engourdissement ont disparu.

18 janvier. — Hier, il n'a pris que du lait et ne l'a pas vomé.

T. matin : 37°,1. T. soir : 36°,4. Pas de selle, lavement purgatif.

19 janvier. — Selle abondante, matières très dures. T. matin : 35°8. T. soir : 35°,3.

20 janvier. — 1 heure soir, T. 35°,3. 6 h. 1/2 soir, T. 35°,6.

21 janvier. — A pris des grains de santé, selle abondante, urine claire sans albumine ni sucre.

Il se nourrit, se promène et répond à quelques questions tout en conservant ses conceptions délirantes.

21 mars. — T. m., 35°,3. T. s., 35°,4.

22 — — 35°,2. — 37°,5.

24 — — » — 36°.

25 — — 35°,8. — 36°,2.

26 — — 36°. — 36°,3.

27 — — » — 36°,3.

Paraissant aller assez bien, ayant bon appétit, et étant revenu peu à peu à l'état où il se trouvait antérieurement on ne tarde pas à le faire descendre au salon des religieux; mais son état mental persiste, il a peu de relations avec ses confrères à cause de sa surdité et de son délire qui le portent à vivre dans l'isolement.

11 février 1892. — Depuis un jour ou deux, il reprend peu de nourriture, il paraît engourdi, ses mouvements sont lents. En touchant sa peau avec la main, on perçoit une sensation de froid très marquée. La température de l'atmosphère n'est cependant pas très basse. On l'envoie néanmoins à l'infirmerie où l'on s'empresse de le réchauffer. En même temps, on lui place un thermomètre dans le creux de l'aisselle et l'on trouve : T. ax. s. 32°,1.

12 février. — T. m., 7 h., 32°,2. P. 48.

Il demande à se lever, mais quand il est debout, il s'affaisse, il lui est impossible de marcher. On le place devant un bon

feu, on le frictionne avec de l'eau-de-vie camphrée et on lui donne à boire du café très chaud avec du cognac, puis dans la journée, on lui fait prendre quelques boissons aromatiques chaudes; malgré ces moyens la température reste basse; à 11 h., T. 31°,2.

On le met alors au lit et on active le feu de son poêle, de manière à obtenir dans la chambre une température de 24 à 26°.

A 1 h., T. 31°,2; à 4 h., 31°,5 et à 6 h., 32°,5

13 février. — T. à 7 h. m., 33°,6. P. 64.

Il a un air hébété, somnolent; on ne peut obtenir de lui aucune réponse. Il veut se lever, mais il marche péniblement en titubant comme un homme ivre. Quand il se met sur son fauteuil, il s'affaisse brusquement.

Le thermomètre de sa chambre est à 25°. Avec cette température on est parvenu à le réchauffer; à 2 h., T. 35°,2; à 6 h., 35°,6. Dans la journée, il prend des œufs, des potages, du vin, du café.

14 février. — L'engourdissement a disparu en grande partie; néanmoins on le maintient au lit; n'a pas uriné depuis hier matin.

T. m., 36°,3. P. 92. T. s., 35°,2.

15 février. — Est beaucoup mieux; il est levé et répond à quelques questions. On perçoit plus facilement les battements du poulx, a uriné, pas de selle. Prend un peu de nourriture, mais refuse les aliments solides, et n'accepte que ceux qui sont demi-solides ou liquides.

T. m., 36°. T. s., 35°,3.

16 février. — L'amélioration fait des progrès; son facies est meilleur, il prend un peu plus de nourriture et va au cabinet seul.

16 février. — T. m., 35°,6. T. s., 34°,8.

17 — — — 35°,2. — 34°,8.

18 — — — 34°,6. — 35°,5.

19 — — — 35°,3. — 35°,2.

20 — — — 35°,3. — 35°,2.

21 — — — 34°,8. — 35°,5.

22 — — — 35°. — 35°,2.

23 — — — 35°,4. — 35°,8.

24 — — — 35°,8. — 35°,8.

25 — — — 35°,2. — 35°,6.

26 — — — 35°,4. — 35°,6.

27	<i>février.</i>	—	T. m., 35°,4.	T. s., 35°,3.
28	—	—	35°,8.	— 35°,3.
1 ^{er}	<i>mars.</i>	—	34°,8.	— 34°,2.
2	—	—	34°,3.	— 34°,8.
3	—	—	33°,8.	— 35°,3.
4	—	—	31°,8.	— 34°.
5	—	—	33°,6.	— 35°,2.
6	—	—	32°,8.	— 33°,8.
7	—	—	33°,2.	— 32°,8.
8	—	—	31°,9.	— 31°,8.
9	—	—	31°,6.	— 31°,6.

Ainsi, malgré les soins dont on entoure le malade, la température baisse de nouveau graduellement.

Pour la première fois, L... se plaint d'avoir froid : « *Je souffre, dit-il, le martyr.* »

10 *mars.* — T. m., 31°,6. T. s., 32°,8.

On a activé le feu et bien que l'on trouve encore une très basse température, cependant notre malade ne se plaint pas du froid.

11 *mars.* — T. m., 32°,4. T. s., 32°,8.

12 — — — 32°. — 31°,5.

13 — — — 31°,2. — 31°,3.

L... est agité dans la journée plus que d'habitude ; il va aux lieux et se déshabille complètement, se met entièrement nu ; il se plaint vivement, disant qu'il veut mourir.

14 *mars.* — L'agitation persiste, il répète sans cesse que tout est perdu, qu'il a commis de grandes fautes, qu'il est un grand coupable, etc.

14 *mars.* — T. m., 32°,7. T. s., 33°.

15 — — — 33°,8. — 33°,5.

16 — — — 33°,6. — 32°,8.

17 — — — 33°,3. — 33°,5.

Hier, il a uriné au lit ; depuis ce moment, ni selles, ni urines. On le maintient au lit un peu malgré lui.

18 *mars.* — T. m., 33°,4. T. s., 33°,8.

19 — — — 33°,5. — 33°,9.

20 — — — 33°,3. — 31°,1.

21 — — — 33°,9. — 34°.

22 — — — 34°,3. — 34°,3.

L... est sans connaissance, insensible et sans mouvement. Le pouls est faible, irrégulier ; la respiration est gênée, râles nombreux. Mort dans la nuit.

Obs. II. — Sav..., admis le 8 juin 1886, mort le 13 janvier 1891, à l'âge de 75 ans.

Atteint de démence sénile, il présente habituellement un certain degré d'excitation, avec quelques idées de grandeur et de persécution.

Sa santé physique est satisfaisante. Les forces sont bien conservées pour son âge, il a de l'appétit et les grandes fonctions s'exécutent régulièrement. Il n'est pas gâteux.

19 janvier 1891. — Depuis quelques jours, on remarque qu'il est plus agité et que son délire est plus prononcé qu'à l'ordinaire. Ce matin, il ne s'est pas levé spontanément, il a fallu le presser pour l'obliger à quitter le lit.

A la visite, vers huit heures, nous le trouvons dans un état d'affaissement, d'engourdissement, qui l'empêche de répondre à nos questions; son intelligence est obtuse, c'est à peine s'il peut dire quelques mots. Il se tient difficilement debout, sa démarche est tremblante; au toucher on sent qu'il est glacé.

La température de l'atmosphère est très basse; mais dans la section des indigents valides, où il se trouve, la salle est chauffée ainsi que le dortoir. On le fait passer à l'infirmerie, où l'on se hâte d'employer les moyens les plus appropriés pour le réchauffer.

On prend la température à divers moments de la journée et on trouve :

T. à 9 h. 1/2, 32°,4; à 12 h., 32°,3; à 4 h., 31°,8. P. 48.
T. à 6 h. 1/2, 33°,1; à 11 h., 31°,8.

Il urine une fois; deux selles mouillées.

20 janvier. — T. à 4 h. 1/2 m., 33°,8; à 7 h. 1/2, 34°,6. P. 64. T. à 1 h., 35°,6; à 4 h., 36°,4.

21 janvier. — T. à 6 h. m., 37°,4. P. 60. Le soir, 36°,9.

Il est encore dans un état de torpeur prononcé, il répond rarement aux questions et quelques mots seulement. Il a uriné au lit; on lui met un urinal, et dans les urines ainsi recueillies, on ne trouve ni albumine, ni sucre. Il prend un peu de café, du bouillon.

22 janvier. — Il est encore engourdi; réponses vagues.

T. m., 37°,4; T. s., 37°,6. P. 64.

Dans la soirée, il prend de la soupe et des œufs.

23 janvier. — Est assez bien. En quelques jours, il se remet complètement, puis il revient dans son quartier.

En décembre 1891, il vient à l'infirmerie pour une plaie à la jambe droite, qui donne lieu à une inflammation diffuse,

superficielle, sous forme de lymphangite. Etant guéri, mais un peu affaibli, il passe dans la section des malades calmes, le 1^{er} janvier 1892.

Le 11 janvier 1892, après avoir été pendant quelques jours un peu plus excité que d'habitude, on remarque que le matin il se lève avec peine.

Une fois levé, il paraît engourdi, ses mouvements sont lents, il titube en marchant et ne parle pas ou ne répond aux questions que par quelques monosyllabes ou par quelques mots vagues. Au déjeuner, il ne prend aucune nourriture. Voyant son état s'aggraver, le gardien de la salle le fait porter à l'infirmerie.

L'engourdissement devient extrême; il fait peu de mouvements, ne dit rien; la respiration est lente et la peau froide comme du marbre. On prend la température et on trouve :

T. ax. s., à 2 h., 28°,8; à 6 h. s., 28°,9.

Ne pouvant prendre ni boissons, ni remèdes, ne pouvant rien avaler, on s'efforce de le réchauffer en l'entourant de corps chauds, linges, bouteilles d'eau, etc.

12 janvier. — Légère amélioration. Le malade est capable de dire quelques mots quand on l'interroge; il sort la langue hors de la bouche quand on lui commande, etc.

On remarque quelques mouvements convulsifs aux membres et à la mâchoire inférieure.

T. m., 6 h., 33°,9; T. ax. m., 7 h., 34°,8. P. 68. T. s., 4 h., 36°; T. ax. s., 6 h., 37°,4.

13 janvier. — Le malade a uriné au lit et on n'a pu analyser ses urines.

Ses yeux sont fermés. Il ne dit rien et semble ne pas entendre les paroles qu'on lui adresse. Il est insensible. Les secousses de la mâchoire inférieure et des membres sont plus fréquentes et plus étendues que la veille. Des râles nombreux se font entendre à distance. Le pouls est fréquent, petit, irrégulier, on ne peut le compter. Les bruits du cœur sont masqués par les râles. Impossible de faire prendre la moindre quantité de liquide.

T. m., 38°,9; T. s., 39°,4.

Mort dans la soirée.

Autopsie. — Le cadavre est bien conservé et présente un certain embonpoint.

Avant d'ouvrir la cavité thoracique, on découvre, sous les téguments, en avant, en haut et à droite de la poitrine, une

infiltration sanguine assez étendue. Sur le dos du poignet droit, la peau présente une coloration rougeâtre et, à ce niveau, on trouve également une infiltration sanguine sous-cutanée assez considérable. Le malade a-t-il été frappé ou est-il tombé? c'est ce qu'on ignore.

Les poumons mis à découvert s'affaissent, ils sont aérés en avant, mais ils sont assez fortement congestionnés en arrière et en bas.

Le cœur est couvert d'une couche graisseuse sur une assez grande étendue, mais son tissu ne paraît pas altéré; sur des coupes, il présente sa coloration rouge foncée normale. Les valvules sont épaissies.

L'arachnoïde a conservé son poli et ne contient ni liquide, ni fausses membranes.

La pie-mère, fortement congestionnée, contient une certaine quantité de sérosité; ses vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang; les artères surtout sont injectées et d'un rouge vif.

Les circonvolutions sont un peu atrophiées.

En coupant le cerveau par tranches, on découvre une congestion modérée, mais on ne trouve nulle part de lésions grossières. Les artères de la base sont athéromateuses.

OBS. III. — Lecl..., admis le 27 novembre 1885, mort le 9 février 1886, à l'âge de trente-sept ans.

Arrivé dans un état de démence avancée : il est incapable de dire son âge. Quelques idées de grandeur. Parole lente, saccadée; tremblement de la langue et des lèvres; pupilles égales. Il est faible et marche péniblement.

25 décembre. — Son état s'étant aggravé, on le fait passer dans la section des gâteaux. Il s'affaiblit et les facultés intellectuelles diminuent; néanmoins, l'appétit reste bon et l'état général paraît satisfaisant; il conserve un certain embonpoint, et la face est assez colorée.

9 février 1886. — Depuis deux ou trois jours, il est plus faible, il a besoin pour marcher qu'on lui vienne en aide; il cause moins volontiers et son appétit a diminué; à la visite, nous le trouvons assis sur un fauteuil et placé près d'un poêle, dans une salle dont la température est assez élevée; il paraît un peu engourdi et moins animé que d'habitude; toutefois il nous semble que son état ne présente encore rien de bien grave.

Vers quatre heures du soir, après lui avoir fait prendre un peu de nourriture, on le fait coucher dans un dortoir chauffé.

A huit heures, on le trouve plus abattu, engourdi et froid; immédiatement, on le transporte à l'infirmerie où l'on s'empresse d'employer toutes sortes de moyens pour le réchauffer.

On constate que la peau, celle des extrémités surtout, est pâle et livide. De temps à autre, il pousse quelques plaintes ou plutôt de faibles gémissements, et on ne peut obtenir de lui aucune parole.

Il est incapable d'avaler la moindre quantité de liquide et il garde une immobilité presque absolue; c'est à peine si, à de rares intervalles, on aperçoit quelques légers mouvements dans un des membres. Il n'existe ni paralysie, ni convulsions, mais un peu de raideur musculaire.

La respiration est lente, mais régulière et facile. Le pouls est également lent et faible, petit, misérable.

Le thermomètre placé dans le rectum, pendant dix minutes au moins, ne s'élève qu'à 26°,2.

Quoi qu'on fasse, le malade ne tarde pas à succomber.

La température atmosphérique, depuis quelques jours, descend la nuit à 6° ou 7° au-dessous de 0, mais le jour, elle s'élève à quelques degrés au-dessus. Les salles sont constamment chauffées et le thermomètre marque la moyenne de 12° à 15°; en outre, les malades les plus débiles sont placés près du poêle.

Autopsie. — Le corps présente un certain embonpoint, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané est abondant.

Les poumons sont aérés et simplement un peu congestionnés en bas et en arrière. Le cœur est recouvert d'une certaine quantité de graisse, mais son tissu est rougeâtre et d'un aspect normal. La surface interne de l'aorte présente un commencement de dégénérescence athéromateuse.

Les autres viscères, le foie, la rate, l'estomac, les reins ne paraissent pas altérés.

L'arachnoïde est épaissie, opaque et grisâtre en certains points. Le tissu sous-arachnoïdien contient une grande quantité de liquide séreux, un peu louche.

Le cerveau est pâle, atrophié. La pie-mère adhère à la substance cervicale; on ne l'enlève que par lambeaux et en entraînant une petite partie de la substance nerveuse sous-jacente; la surface des circonvolutions apparaît alors inégale, érodée. Les ventricules contiennent peu de liquide et l'épendyme a conservé son aspect lisse normal. En faisant des coupes, on ne trouve pas de lésions dans la substance cérébrale.

Obs. IV. — Poch..., admis le 18 juillet 1888, mort le 6 janvier 1891, à l'âge de soixante ans.

Atteint de mélancolie, avec excitation. Idées de persécution; hallucinations de la vue surtout; gestes bizarres, actes excentriques, il ne tarde pas à devenir gâteux et dément; mais il conserve ses forces et un certain embonpoint.

4 janvier 1891. — Depuis hier, il prend peu de nourriture, quoi qu'on fasse pour l'exciter à manger.

Ce matin, on a remarqué qu'il descendait péniblement de la chambre où il couche; aussi, dans la crainte qu'il ne puisse y remonter, on le fait coucher dans un dortoir situé au rez-de-chaussée.

5 janvier. — Au moment du lever, le surveillant le voyant très faible et taciturne, lui demande s'il ne va pas mourir, et il répond d'une voix faible et lente: « Je ne pense pas. Oh! non. »

Comme il ne peut ni marcher, ni même se tenir debout, on le transporte à l'infirmerie.

S'apercevant que tout son corps est froid comme du marbre, l'infirmier s'empresse de le réchauffer; mais, malgré tous les efforts faits dans ce sens, le malade s'engourdit de plus en plus; bientôt il devient insensible, ne fait plus ni gestes ni mouvements; son intelligence paraît s'éteindre complètement.

On prend sa température et le thermomètre accuse: T. ax., à midi, 26°,4.

Le pouls est insensible.

Pendant son séjour à l'infirmerie, il ne rend ni selles ni urina.

Mort dans la nuit à cinq heures du matin.

Obs. V. — Codr..., admis le 2 octobre 1880, mort le 23 janvier 1881, à l'âge de soixante-quatorze ans.

Est devenu aliéné en décembre 1889, à la suite d'une perte d'argent. Se croyant poursuivi par des êtres imaginaires, il a plusieurs fois manifesté des idées de suicide, et, pour éviter de se détruire, il a souvent demandé à être lié.

Au moment de son admission, on constate qu'il est taciturne, calme et apathique; son intelligence, sa mémoire surtout sont très affaiblies; ses idées sont confuses, incohérentes.

Bientôt il devient malpropre et on le met dans la section des gâteux; mais sa santé physique reste satisfaisante. Il est grand et, malgré son âge, il a conservé une certaine force; l'appétit est bon, les digestions se font bien.

23 janvier 1881. — On appelle notre attention sur son état

de santé, qui semble gravement atteint. Hier, aux deux repas du matin et de midi, il a mangé avec appétit, comme à l'ordinaire, mais au repas du soir il a refusé les aliments qu'on lui a présentés.

Ce matin, il ne s'est pas levé avec les autres malades, on a été obligé de l'habiller et de le porter du dortoir dans la salle. Il n'a pas paru avoir froid à ceux qui l'ont transporté, et, bien qu'il ne fût pas en état de marcher seul, il a montré une certaine énergie et a résisté avec force quand on a voulu le sortir du lit.

Il n'a rien pris au déjeuner.

Nous le trouvons assis sur un banc, le corps penché en avant et immobile; il ne répond à aucune de nos questions, et malgré nos instances ne fait aucun geste. La peau du cou et de la partie supérieure du tronc nous paraît, au toucher, avoir une température à peu près normale. Néanmoins, son état nous paraissant grave, nous le faisons conduire à l'infirmerie.

Vers midi, l'infirmier, s'apercevant qu'il perd de ses forces et s'engourdit de plus en plus, sentant en outre, au toucher, que sa peau est glacée, prend la température et trouve : T. ax., 27°.

On s'empresse de le réchauffer, mais les boissons qu'on lui administre ne sont prises qu'en petite quantité; il avale très difficilement.

Le soir, à huit heures, nous le trouvons dans l'état suivant : il est dans le décubitus dorsal, immobile et glacé. La bouche est entr'ouverte et la langue sèche. Ses yeux sont fermés et les pupilles étroites. La figure est un peu cyanosée. Il est sans connaissance et insensible, on peut le pincer, le piquer, sans faire apparaître le moindre mouvement; mais en le secouant un peu énergiquement, on provoque une sorte de plainte, un gémissement prolongé.

Il est incapable d'avaler les liquides qu'on lui met dans la bouche. Ses mains sont légèrement œdématisées et d'une teinte rougeâtre. Les mouvements respiratoires sont réguliers, mais lents : R. 10.

Le pouls est sensible, même au niveau de l'artère humérale : à l'auscultation, les battements du cœur sont faibles et lents, difficiles à saisir; on n'entend qu'un seul bruit et on compte avec peine environ : P. 40.

Le thermomètre, placé dans l'aisselle et le rectum, donne : T. ax., 27°,6; T. rect., 27°,8.

Comme il ne peut avaler aucun liquide, nous prescrivons de lui introduire avec la sonde dans l'estomac, une potion tonique et excitante, à une température assez élevée.

Malgré tous les efforts que l'on fait, la respiration revient de plus en plus rare et la vie s'éteint lentement, sans convulsions, vers neuf heures du soir.

Obs. VI. — Bert..., admis le 17 mai 1891, mort le 22 janvier 1892, à l'âge de trente-six ans.

Dès son arrivée, il présente un notable affaiblissement des facultés mentales ; il ne répond que par quelques mots vagues aux questions qu'on lui adresse. Sombre, taciturne, il a du délire et répète souvent : le monde va mourir. Ses pupilles sont inégales, la parole est hésitante, tremblement de la langue et des lèvres. Par moment, il refuse toute nourriture. De temps à autre quelques hallucinations.

Le mal fait des progrès. On est obligé de le nourrir à la sonde pendant quelque temps. Il devient gâteux ; il conserve néanmoins un certain embonpoint et ses forces ne semblent pas diminuer.

15 janvier 1892. -- Le soir, au souper, il refuse toute nourriture ; quelques instants plus tard, à un moment donné, il s'affaisse et devient immobile ; on ne remarque aucun mouvement convulsif, mais on constate que tout son corps est dans un état de raideur très prononcé. Il est alors porté à son lit.

18 janvier. — Dans la matinée, son état est meilleur, il prend un peu de nourriture ; mais dans l'après-midi, il a une attaque comme la veille ; il tombe et ses membres présentent de nouveau une certaine rigidité, sans convulsions. On s'aperçoit alors que sa peau est glacée et on le fait transporter à l'infirmierie.

On prend alors sa température : T. ax., 27°,8, et on constate en même temps qu'il est engourdi et dans un état de torpeur des plus prononcés ; on ne peut obtenir de lui aucune parole.

On s'efforce de le réchauffer et, dans la soirée, on parvient à lui faire prendre quelques boissons chaudes, aromatiques et excitantes (thé au rhum, etc.).

On prend à plusieurs reprises sa température et on trouve :

T. ax., à 6 h. 40,	27°,8	} P. 60.
— à 7 h. 35,	28°,1	
— à 9 h.	29°,1	

19 janvier. — A la visite, nous le trouvons couché sur le dos, ses yeux sont fermés et il garde une immobilité presque absolue; pas de convulsions; la sensibilité est à peu près nulle. Il ne répond pas aux questions, mais il fait quelques mouvements de tête et semble comprendre ce qu'on lui dit. Il n'a pas été à la selle et n'a pas uriné depuis qu'il est à l'infirmerie; néanmoins la vessie est vide. On parvient à lui faire avaler quelques cuillerées de liquide. La respiration est libre; pouls à 68.

La température a été prise plusieurs fois :

- T. ax. à 1 h. 30 m. 34°.
- à 6 h. 25 — 34°,3.
- rect. à 6 h. 30 — 34°,2.
- à 3 h. s. 37°.
- ax. à 6 h. 15 — 37°,2.
- rect. à 7 h. 15 — 37°,6.

20 janvier. — Le malade est toujours dans un état de torpeur très prononcé, il semble néanmoins saisir le sens de quelques-unes des paroles qu'on lui adresse; ainsi il ouvre la bouche quand on l'invite à boire et, ne pouvant rien dire, il remue la tête quand il a à répondre oui ou non. Il est en état d'avalier quelque liquide qu'on lui met dans la bouche. On remarque quelques secousses dans les muscles de la face et de temps à autre il fait entendre un gémissement.

La température est élevée et le pouls est fréquent :

- T. ax. à 7 h. m. 36°,3. P. 120.
- rect. à 7 h. — 39°,5.
- ax. à 3 h. 10 s. 40°.
- à 4 h. — 40°,4.
- à 6 h. — 40°,5.

On lui a administré dans la journée 2 grammes d'antipyrine en lavement, et la température, au lieu de s'abaisser, a continué à s'élever.

21 janvier. — Hier, on a pu lui faire prendre quelques boissons et il a rendu un peu d'urine; celle-ci a été analysée et on a constaté qu'elle ne contenait ni sucre, ni albumine; pas de selle depuis son entrée à l'infirmerie. Il a les yeux fermés et la bouche ouverte; il ne répond pas aux questions et ne fait aucun signe quand on lui demande s'il a soif, mais quand on lui ordonne impérieusement de prendre le liquide qu'on lui présente, il ouvre les yeux et fait mouvoir ses lèvres. La déglutition est encore possible.

L'état de torpeur s'est accentué. Les membres sont immobiles et le siège d'une certaine rigidité.

La sensibilité est à peu près nulle, on ne provoque quelques légers mouvements réflexes que lorsqu'on irrite vivement la plante des pieds ou la face.

La respiration est calme, libre; le pouls est fréquent et la température très élevée :

T. ax.	à 7 h.	m.	39°,6.
— rect.	à 7 h.	—	38°,7.
— ax.	à 10 h. 20	—	40°,1.
—	1 6 h.	s.	40°,2.
— rect.	à 6 h.	—	40°,5.

22 janvier. — L'état s'est aggravé, la respiration s'embarasse, le pouls et la température restent très élevés. La déglutition est impossible, la sensibilité nulle, etc.

Au sacrum est une eschare noire et étendue. Elle a débuté le 19 par de la rougeur.

T. à 7 h. m. : 40°,8. T. à 3 h. 30 s. : 41°,6.

Mort à 3 h. 30 du soir.

Autopsie. — Ni embonpoint, ni amaigrissement notable; au sacrum, eschare noire peu profonde, mais de la grandeur de la paume de la main. Peau ulcérée au niveau du tendon d'Achille gauche. Aux talons, l'épiderme est soulevée par de la sérosité sanguinolente.

Dans l'abdomen, aucune lésion appréciable. Le cœur paraît sain. Les poumons s'affaissent quand on ouvre la poitrine. Ils sont marbrés de noir. (Bert... était mineur.) Quelques adhérences pleurales existent à gauche. Congestion très marquée en bas et en arrière de chaque côté et sérosité sanguinolente assez abondante dans les deux plèvres.

La calotte crânienne enlevée, on s'aperçoit que la dure-mère est fluctuante, que la cavité arachnoïdienne contient une notable quantité de liquide; effectivement une large incision donne issue à une grande quantité de sérosité sanguinolente. L'arachnoïde mise à nu, on découvre sur les deux hémisphères du sang coagulé; il existe sur le feuillet pariétal du côté droit, presque dans toute son étendue, une membrane organisée, fine et transparente, comme une toile d'araignée, et infiltrée de sang sur un grand nombre de points; au côté gauche, on trouve une membrane semblable mais moins développée.

Le tissu sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité un peu trouble, ses vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang.

Le cerveau a diminué de volume, l'atrophie paraît porter surtout sur les lobes antérieurs. La pie-mère peut être enlevée facilement, il n'existe pas d'adhérences bien nettes avec la substance cérébrale.

Sa substance grise corticale ne paraît pas ramollie, elle ne se sépare pas de la substance blanche.

La membrane qui tapisse les ventricules a conservé son aspect lisse, pas de granulations.

L'encéphale coupée par tranches n'offre aucune lésion marquée.

Obs. VII. — Lel..., admis le 25 août 1869, décédé le 25 février 1891, à l'âge de soixante-seize ans.

Atteint, au début, de maïe, il devient graduellement dément.

Il est grand et sec; mais bien qu'il n'ait pas d'emboupoint, sa santé est généralement bonne.

Un mois avant sa mort, on le fait passer dans la section des malades tranquilles.

La salle, dans laquelle il passe la plus grande partie de son temps, est chauffée au moyen d'un poêle et maintenue à une température qui varie entre 12 et 15°.

14 février. — Depuis deux ou trois jours, il est abattu, engourdi. Hier soir, il était plus affaîssé, se tenait difficilement debout et paraissait par moments sur le point de tomber; il a pris peu de nourriture au souper.

Ce matin, nous le trouvons mangeant la soupe, mais sans appétit; ses mouvements sont lents, il ne répond pas aux questions; il essaie de prononcer quelques mots, mais ses paroles sont inintelligibles. Nous touchons sa peau et nous la trouvons glacée. Nous ordonnons alors de le transporter à l'infirmerie.

On prend sa température et on trouve :

T. ax. : 28°,5. T. rect. : 28°,6. P. : 52°.

On s'efforce alors de le réchauffer, mais malgré les nombreux efforts que l'on fait dans ce but on n'obtient que de faibles résultats :

T. à midi : 30°,3. T. à 2 h. 1/2, 31°,5. T. à 7 h., 32°4.
P. 56.

Pas de selle depuis que le malade est à l'infirmerie; dans l'urinal, on ne trouve que 24 grammes d'urine, laquelle examinée avec la liqueur de Fehling ne donne lieu qu'à une légère décoloration.

25 février 1891. — Mort à 8 h. 1/2 du matin.

Obs. VIII. — Maj..., admis le 26 novembre 1877, mort le 20 décembre 1879, à l'âge de cinquante-neuf ans.

Sa folie, qui date de trois mois, a été occasionnée par des émotions pénibles. Il est excité, loquace, ses idées sont mobiles, ses conceptions délirantes multiples; propos incohérents. Bientôt, l'excitation cesse, le délire se calme sans disparaître entièrement, et le malade peut se livrer à quelques travaux.

En mars 1878, le délire change de forme, il devient triste, taciturne et cesse de travailler. Cet état, interrompu seulement par quelques moments d'excitation, dure toute l'année.

En 1879, après de courtes périodes d'agitation, il devient définitivement calme et tombe dans un état de dépression de plus en plus prononcé. Il répond à peine quelques mots, quand on le presse de questions; il paraît indifférent à ce qui se passe autour de lui et il resterait complètement immobile, si on ne le contraignait à prendre un peu d'exercice. Ses facultés intellectuelles et morales s'affaiblissent en même temps que les forces physiques, et il finit par devenir gâteux, il pâlit et maigrit légèrement.

18 décembre 1879. — Il y a trois jours, il a été trouvé par le veilleur, la nuit, couché sur le plancher de son dortoir. Il a été conduit alors dans une chambre mieux chauffée, où il a pu être attentivement surveillé.

Pendant deux jours, on n'a rien remarqué d'anormal dans son état; mais hier, il a mangé avec un peu moins d'appétit et il a paru un peu plus fatigué qu'à l'ordinaire. Ce matin, vu son état de faiblesse, on l'a fait passer à l'infirmerie.

Dans la soirée, il paraît très abattu, il fait à peine quelques légers mouvements et ne répond pas, ou répond vaguement, aux questions qu'on lui adresse. Sa peau est froide, son pouls faible et lent. T. ax., 28°,9, P. 50.

On l'entoure de corps chauds et on lui fait prendre des boissons stimulantes et chaudes.

19 décembre. — Il garde une immobilité presque absolue; la sensibilité générale est très obtuse, on ne provoque que quelques mouvements faibles et lents, quand on pique ou qu'on pince fortement la peau.

Il prononce quelques paroles avec difficulté; on dirait qu'il a de la bouillie dans la bouche. Il regarde d'un air hébété ceux qui l'entourent; son intelligence est profondément oblitérée.

La peau est froide et décolorée, ainsi que les muqueuses. T. rect., 29°,9. P. 54.

Dans la soirée, il regarde encore, mais ne parle plus. La déglutition devient de plus en plus difficile (dans la journée, on n'a pu lui faire prendre que quelques cuillerées d'une potion cordiale). La sensibilité et la motilité sont plus affaiblies que le matin. Les pupilles sont très petites. Le pouls est très faible, très lent. La respiration est également ralentie et un peu irrégulière.

T. ax., 29°,2. T. rect., 29°,6. P. 48. R. 12.

Il succombe dans la nuit. Quelques heures avant de mourir, on a remarqué que les membres du côté droit présentaient un peu de raideur et que le côté gauche, surtout le bras et la face, étaient le siège de mouvements convulsifs.

Autopsie. — Les poumons sont aérés et simplement un peu congestionnés à la partie postérieure. Le cœur, presque vide, ne contient qu'un peu de sang liquide. Les viscères abdominaux, l'estomac, le foie, paraissent sains. Dans le crâne, on trouve un œdème considérable du tissu sous-arachnoïdien et des vaisseaux athéromateux. Le cerveau ne paraît pas altéré; cependant, en le sectionnant tranche par tranche, on découvre, au niveau de la région opto-striée gauche, une teinte grise diffuse, qui n'existe pas de l'autre côté et qui empêche de distinguer nettement les trois segments du noyau lenticulaire, et les limites de ce noyau et de la couche optique. La coloration seule est modifiée, la consistance est sensiblement la même que celle des parties voisines. A l'œil nu, on ne constate aucune lésion dans le cervelet, les pédoncules cérébraux, la protubérance et le bulbe.

Obs. IX. — Car..., admis le 21 janvier 1877, mort le 3 décembre 1879, à l'âge de trente-trois ans.

Est atteint d'idiotie congénitale et dépourvu de sens moral.

Sa figure est sans expression; il ne paraît comprendre ni ce qu'il voit ni les questions qu'on lui adresse. Il pousse habituellement certains cris inarticulés; il prononce aussi quelques mots, mais il ne semble pas qu'il ait conscience de leur signification. Il est d'une nature calme et peu irritable; sa taille est au-dessous de la moyenne et sa tête est petite.

La colonne vertébrale présente une cyphose dorsale assez prononcée.

Les fonctions digestives s'exécutent régulièrement, il a bon appétit, digère bien, mais il est malpropre, gâteux.

2 décembre 1879. — Sa santé a toujours été bonne; hier seulement, on s'est aperçu que l'appétit avait diminué.

Ce matin, il nous paraît faible et abattu, sa figure est très pâle. Il se promène dans la salle, mais il s'approche souvent du poêle, ce qui ne lui est pas habituel; l'appétit fait défaut, il n'a pas déjeuné. Bien que sa santé ne paraisse pas gravement atteinte, nous le faisons passer à l'infirmerie.

En le déshabillant, on s'aperçoit que son corps est froid et on s'empresse de le réchauffer.

Le soir, nous le trouvons couché sur le côté gauche, les membres fléchis et rapprochés du tronc. La peau est très pâle, les muqueuses sont décolorées, toute la surface du corps est glacée. Il est immobile, comme engourdi; la sensibilité générale est fortement éteinte, mais si on l'excite vivement, on provoque dans les membres quelques mouvements lents et faibles. Son regard est cependant naturel, il a l'air de comprendre ce qu'il voit.

Le pouls est faible, presque insensible, la respiration est ralentie.

T. ax., 29°, 3. P. 52. R. 10.

On a recours à l'emploi des moyens les plus propres à le réchauffer.

Vers minuit, le veilleur prend la température : T. ax., 29°, 4. 3 décembre. — L'engourdissement est moindre et la stupeur est moins profonde. Car... fait quelques mouvements.

Le pouls est toujours faible; la peau nous paraît moins froide; mais le thermomètre ne révèle qu'une légère élévation de température.

T. ax., 31°, 4. — P. 60; R. 15.

A huit heures du soir, l'abattement a fait de notables progrès. Toujours couché sur le côté gauche, il ne fait plus attention à rien, il est dans un état d'engourdissement extrême, et d'insensibilité presque absolue; c'est à peine si, en l'excitant vivement, en pinçant fortement la peau, on parvient à provoquer quelques mouvements lents et peu étendus; ses membres postérieurs présentent un certain degré de raideur, quand on cherche à les déplacer ou à modifier la position fléchie qu'ils gardent.

On ne sent le pouls, ni au poignet, ni au bras; au cœur, on n'entend que le second bruit. La peau est pâle, glacée, peu mobile.

T. ax., 29°, 7. — P., 60.

Mort à onze heures.

Autopsie. — Le poulmon droit a son aspect normal; le gau-

che, du côté où le malade est resté constamment couché, est fortement congestionné, surtout en arrière et en bas.

Le cœur contient quelques caillots. Les viscères abdominaux : foie, reins, etc., sont sains.

Dans la cavité crânienne, l'arachnoïde est soulevée par une grande quantité de sérosité, infiltrée dans les mailles de la pie-mère.

- Dans le cerveau, coupé par tranches, on ne trouve aucune altération visible à l'œil nu.

Obs. X. — Corr..., admis le 31 octobre 1879, décédé le 15 décembre 1879, à l'âge de trente-quatre ans.

Il a été interné une première fois en 1875 ; venu par transfèrement d'un autre asile, il fut considéré alors (dans les deux asiles) comme atteint d'imbécillité et d'excitation maniaque. Après une séquestration de quelques mois, il sortit guéri le 22 octobre 1875.

Il paraît que son père et un cousin éprouvent de temps à autre des accidents qui leur enlèvent la possibilité de marcher ; le dernier aurait été obligé, dans un de ses accès, de garder le lit pendant un an.

Après avoir joui d'une bonne santé durant sa jeunesse, il fit, vers l'âge de vingt ans, une maladie caractérisée par des douleurs vives dans les jambes avec une sensation de froid qui persistait même quand il était près d'un bon feu.

Il ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout, la paralysie des membres inférieurs n'était pas cependant complète. La miction était difficile. Les mouvements des membres supérieurs étaient conservés et l'intelligence était intacte.

31 octobre. — Arrivé à neuf heures du matin, par une température de 6 à 8 degrés, après un trajet de plusieurs heures dans une voiture mal fermée, mais soigneusement enveloppé de couvertures, il est incapable de se tenir debout ; on est obligé de le porter à l'infirmerie, où l'on se hâte, après l'avoir couché, de le réchauffer en l'entourant de bouteilles d'eau chaude et en lui administrant une portion cordiale.

Il dit quelques mots dans la journée, mais le soir, il ne répond plus aux questions ; sa bouche est entr'ouverte et sa langue très sèche ne peut être tirée hors de la bouche ; il avale très difficilement quelques cuillerées de bouillon porté au fond de la gorge ; les yeux sont à demi ouverts, la pupille droite est plus dilatée que la pupille gauche.

La sensibilité est très obtuse et les mouvements volontaires presque nuls; si on pince la peau on provoque des mouvements faibles aux membres inférieurs, assez étendus aux membres supérieurs.

La peau est glacée: T. ax., 29°,9; T. rect., 30°,2. Sous l'influence des soins qu'on lui donne pour le ranimer, la température s'élève graduellement, mais lentement, ainsi qu'on peut le voir par le tableau suivant:

1^{er} novembre. — T. ax., 31°,5; T. rect., 31°,8. — P. 48; R. 12.

2 novembre. — T. ax., 31°,6. — P. 56.

3 novembre. — T. ax., 32°,2.

4 novembre. — T. ax., 35°,5. — P. 50.

L'état général ne s'est pas notablement modifié; l'abattement, l'engourdissement persistent.

C... émet quelques sons, mais n'articule aucune parole; couché sur le dos, la bouche ouverte et sèche, il avale très difficilement; les quelques gouttes de liquide qu'on lui met dans la bouche déterminent habituellement des phénomènes de suffocation.

Depuis son entrée, c'est à peine s'il a pris la valeur d'un litre de bouillon. L'insensibilité est presque absolue aux extrémités; les membres supérieurs sont le siège de quelques mouvements, les membres inférieurs sont à peu près immobiles. Voyant que la maigreur augmente et que la diminution des forces fait des progrès, pour suppléer à l'insuffisance de l'alimentation on lui ingère, au moyen d'une sonde œsophagienne, un potage demi-liquide, très substantiel et contenant une forte dose de bon vin à une température un peu élevée.

5 novembre. — Amélioration notable, l'engourdissement a diminué et la température est devenue presque normale.

T. ax. m., 36°,9. — P. 84.

C... ferme la bouche; de temps à autre il dit quelques mots et il peut enfin prendre quelques liquides.

La sensibilité est moins obtuse, les mouvements sont plus faciles aux membres supérieurs. Même état des pupilles. La peau de la région sacrée commence à rougir.

6 novembre. — T. m., 36°,5.

Changement considérable; la torpeur a disparu et fait place à de l'excitation, C... fait attention à ce qui se passe autour de lui, il est loquace, il s'agite, il gesticule, etc.

Par moments, il comprend les questions qu'on lui adresse,

mais ses idées deviennent promptement incohérentes. Ses paroles manquent de netteté, il articule mal et il est impossible de comprendre tout ce qu'il dit. La déglutition est plus facile, il peut prendre quelques aliments. Les mouvements des membres inférieurs sont un peu plus étendus, la sensibilité paraît normale.

7 novembre. — L'agitation et la loquacité persistent; on essaie de le lever, mais il ne peut ni marcher ni se tenir debout.

A l'incontinence d'urine, qui existait depuis l'entrée, a succédé une rétention avec distension considérable de la vessie, on est contraint de le sonder et l'urine que l'on obtient par le cathétérisme est légèrement trouble.

Eschare au sacrum.

9 novembre. — Assouplissement le matin, agitation le soir. T. 38°, 1.

12 novembre. — T. 37°, 3.

14 novembre. — T. 36°, 1.

Calme relatif. Amélioration. On lève le malade qui reste quelques heures sur un fauteuil.

16 novembre. — T. 36°, 5.

18 novembre. — T. 38°, 7. — P. 100.

Un peu d'abattement, de prostration.

21 novembre. — L'eschare est tombée et a laissé à nu une vaste ulcération à bords décollés.

T. ax., 37°, 6.

1^{er} décembre. — Depuis quelques jours, légère agitation, loquacité, propos incohérents.

C... refuse souvent les aliments qu'on lui présente et crache ce qu'on lui met dans la bouche; aussi l'amaigrissement a-t-il fait de notables progrès.

11 décembre. — Peu à peu, à l'agitation a succédé un état de torpeur qui paraît très grave.

Il ne peut maintenir sa tête droite; sa figure est amaigrie, ridée; ses traits sont contractés; il ouvre difficilement les yeux, regarde sans attention et balbutie quelques mots inintelligibles; ses mouvements sont lents et sans force; on dirait, à son air hébété, un homme ivre.

Il ne prend que quelques gorgées de liquide, habituellement il refuse d'avaler et rejette ce qu'on lui met dans la bouche.

La sensibilité est très affaiblie, on arrive difficilement à provoquer quelques mouvements quand on excite fortement la peau.

Celle-ci est glacée, exsangue ; le pouls est très faible, presque insensible, et la respiration est très lente.

T. 31°,8. — P. 58. — R. 12.

Divers moyens sont employés pour relever la température.

12 décembre. — L'abattement est moindre, la face est animée et l'usage de la parole est revenu.

T. rect. m., 33°,2. — P. 72.

Dans la soirée, agitation, loquacité, grande mobilité des traits de la face. Après avoir refusé pendant deux jours toute espèce d'aliments et de boissons, il a demandé dans l'après-midi à boire et à manger, et il a pris du vin, du bouillon, du lait et deux œufs crus dans un potage.

T. ax. s., 35°,5 ; T. rect., 35°,8. — P. 78.

13 décembre. — L'agitation persiste. T. ax. m., 38°,2.

Ne prend dans la journée aucun aliment, il accepte seulement un peu de boisson. Dans la soirée, l'agitation et la loquacité augmentent.

T. s., 38°,9. — P. 120.

14 décembre. — T. m., 38°,5. — P. 116. — R. 32.

Prostration considérable ; ne dit que quelques mots incompréhensibles ; langue sèche, bouche béante ; il n'avale pas le peu de liquide qu'on verse dans la cavité buccale ; sensibilité presque éteinte ; mouvements à peu près nuls. Amaigrissement extrême, surtout aux membres inférieurs. La plaie au niveau du sacrum a fait de notables progrès.

Dans la soirée, il sort de son état de torpeur, est légèrement excité, dit quelques paroles et demande à boire. Mais il ne peut rien avaler, il est pris immédiatement de suffocation. Il fait à peine quelques légers mouvements avec les membres supérieurs, les membres inférieurs sont complètement immobiles, même quand on irrite fortement la peau.

Les yeux, presque fermés, sont couverts de mucosités ; il semble avoir perdu le sens de la vue.

T. rect. s., 39°. P. 124.

Mort dans la nuit.

Autopsie. — La maigreur est extrême ; eschare noire au sacrum, entourant une ulcération étendue et profonde. Autre eschare, grande comme la paume de la main, à droite de la précédente, derrière le grand trochanter.

Pas de lésions aux poumons ni au cœur.

La vessie est fortement revenue sur elle-même. Ses parois sont épaissies et résistantes. Sa surface interne est irrégulière

comme celle d'une vessie à colonnes. Ses parties saillantes sont d'un rouge vif, dans les parties déprimées se trouve du muco-pus.

La prostate est un peu augmentée de volume. En l'incisant, on découvre deux abcès, un à droite et un à gauche.

Les reins sont le siège d'une pyélo-néphrite suppurée. Ils sont augmentés de volume et d'un rouge foncé avec quelques petites plaques de couleur grise. La capsule adhère par places. Les calices et le bassinet sont dilatés et contiennent, avec une sérosité purulente, des concrétions grisâtres. La nuqueuse est le siège d'une forte inflammation ; dans le parenchyme rénal se trouvent quelques cavités anfractueuses, dont le contenu est une substance putrilagineuse avec des concrétions grisâtres.

Les méninges sont pâles et il existe un peu de sérosité dans les mailles de la pie-mère. Celle-ci se sépare assez facilement de la substance cérébrale. Le cerveau est anémié.

La moelle, à la région dorsale, est fortement congestionnée et paraît avoir perdu un peu de sa consistance, mais à l'œil nu elle ne présente aucune altération notable ; à ce niveau la dure-mère est unie à la pie-mère par quelques adhérences anciennes.

Il s'agit dans cette observation d'une affection complexe et d'un diagnostic difficile.

Obs. XI. — Chauv..., admis le 18 juillet 1885, mort le 28 janvier 1889, à l'âge de soixante-trois ans.

Atteint de mélancolie, avec prédominance de conceptions délirantes de nature hypocondriaque, il ne tarde pas à devenir dément et même gâté, bien que l'état général reste satisfaisant.

27 janvier. — A la visite, on nous apprend que, depuis la veille, il a un air hébété, qu'il est atteint d'une sorte de stupeur et d'un certain degré de surdité.

Ce matin, au sortir du lit, on s'est aperçu qu'il commençait à se refroidir. On nous le montre assis sur un fauteuil ; il est engourdi, ses mouvements sont faibles et lents. Nous lui adressons la parole et il répond à peine quelques mots. Ses sens sont émoussés, l'intelligence est obtuse.

Au toucher, sa peau nous paraît froide, cependant la température de la salle est de 15°, celle de l'air extérieur de 4 à 5° au-dessus de zéro, le temps est sec et beau.

On le fait passer à l'infirmerie où il monte lui-même, en s'aidant du bras que lui donne le gardien.

On prend la température et on trouve :

A 8 h. 1/2, T. rect., 29°,9. — P., 40. — R., 16.

A 1 h. 1/2, — 30°,20.

Après avoir pris deux œufs, une potion cordiale et avoir été entouré de boules d'eau chaude, on obtient avec le thermomètre :

T. rect., à 6 h. 1/2 s., 31°,1.

Mort dans la nuit à 4 h. du matin.

Autopsie. — Organes sains, sauf une induration des valvules du cœur et quelques lésions circonscrites à la surface du rein, paraissant dues à d'anciennes embolies.

Obs. XII. — Mar..., admis le 6 juillet 1858, mort le 21 mars 1883, à l'âge de 68 ans.

Atteint de manie au début de sa maladie, il est devenu graduellement dément; depuis longtemps il est dans la section des aliénés calmes et ne travaille plus.

21 mars 1883. — Hier, dans la journée, le surveillant s'étant aperçu qu'il était abattu, prenait peu de nourriture et paraissait malade, l'a conduit à l'infirmerie. On n'avait remarqué précédemment aucun trouble notable dans l'état de sa santé.

Une fois au lit, on a pris la température et trouvé :

T. ax., 30°,5.

T. rect. 31°,1.

On a cherché en vain à le réchauffer.

Ce matin, il est dans un état d'engourdissement très prononcé, il fait à peine quelques mouvements et paraît insensible.

On ne peut sentir le pouls radial; les battements du cœur sont faibles, ralentis, les bruits sont à peine perceptibles, la respiration est superficielle, accélérée.

T. rect. 31°,2. P. 40.

Mort dans l'après-midi.

Autopsie. — L'estomac adhère à la face inférieure du foie; au niveau du pylore, il présente une vaste ulcération de nature cancéreuse, qui est sur le point d'atteindre l'organe hépatique. Le pylore est perméable, mais rétréci.

L'intestin adhère au canal crural. Tout en conservant son calibre, il envoie un diverticulum comme un doigt de gant, d'une longueur de 2 ou 3 centimètres, dans une dépression du canal, au fonds de laquelle il adhère par sa surface externe.

Obs. XIII. — Y..., admis en 1861, mort le 22 février 1886 à l'âge de 59 ans.

Atteint d'idiotie congénitale, mais capable de rendre quel-

ques services, il est au début employé à la basse-cour pendant plusieurs années; puis il devient indifférent, apathique et incapable de faire le moindre travail. En même temps, il cesse de parler (mutisme absolu), tout en conservant un certain degré d'intelligence.

En juillet 1884, on s'aperçoit que son ventre a pris un développement anormal.

On l'examine et on constate l'existence de deux saillies situées à la région épigastrique, l'une un peu à droite de la ligne médiane, et l'autre à gauche.

À la palpation on reconnaît qu'une tumeur volumineuse, inégale et molle, occupe une grande partie de la cavité abdominale; la fluctuation est très nette au niveau des deux saillies, mais ne se transmet pas de l'une à l'autre. Matité à la percussion dans ces deux régions. Pas de sensation de frémissement.

Une ponction faite avec un trocart capillaire et l'appareil aspirateur de Dieulafoy ne donne issue à aucun liquide.

En janvier 1885, la tumeur ayant augmenté de volume, une nouvelle ponction est faite avec la canule n° 3 de l'appareil aspirateur; il ne sort aucun liquide, mais dans la canule retirée nous trouvons une substance gélatineuse et quelques débris de membranes demi-transparentes. Dès lors le diagnostic de kyste hydatique s'impose.

20 février 1886. — Après une diarrhée, qui n'a duré que quelques jours et qui a entièrement disparu, Yu... a perdu l'appétit et s'est affaibli. Ce matin, voyant qu'il mettait peu d'empressement à se lever, on l'a laissé au lit. Mais, peu de temps après, on l'a trouvé dans l'escalier affaissé et incapable de faire un pas. Il est alors conduit à l'infirmerie. Mis au lit, il reste couché sur le côté droit et regarde avec indifférence ce qui se passe autour de lui; il paraît très abattu.

On prend sa température et on trouve.

T. 31°,4. P. 56. R. 11.

On s'efforce de le réchauffer en l'entourant de corps chauds et en lui faisant prendre des boissons excitantes: potion tonique, alcool, bouillon, lait, etc. On parvient ainsi à provoquer une légère élévation de température.

T. à 1 h. s. 33°,4.

T. à 8 h. s. 34°,2.

21 février. — Il paraît moins affaibli que la veille, son regard est meilleur, il prend cependant assez difficilement les boissons qu'on lui présente.

Il reste couché sur le côté droit. Son ventre est tendu, mais ne paraît pas douloureux ; la poitrine, à l'auscultation, paraît saine.

À la suite d'un lavement administré hier, il a rendu des matières noirâtres semblables à de la pulpe de pruneaux.

T. à 6 h. 1/2, 34°, 4.

T. à midi . . . 34°, 2.

T. à 10 h. 3, 33°, 9.

22 février. — Depuis hier soir, le malade est sans connaissance et il a vomi une partie du lait qu'il avait pris.

Il est immobile, presque sans mouvements. On ne peut plus sentir les battements de l'artère radiale ; pour compter le pouls, il faut explorer l'artère humérale.

La respiration se ralentit par moments.

T. rect., 32°, 2. P. 50. R. 12.

Mort à 10 h. 1/2.

Autopsie. — Le sujet a conservé un notable embonpoint.

L'ouverture de la cavité abdominale révèle l'existence d'adhérences péritonéales nombreuses et anciennes, la plupart très résistantes. On ne voit pas de pus ; pas de sérosité trouble, bien que sur la ligne médiane se trouve un épauchement de substance gélatiniforme, paraissant constitué par les éléments altérés d'un kyste hydatique rompu.

Une tumeur énorme, bosselée, irrégulière et pyriforme, à petite extrémité inférieure, occupant une grande partie de la cavité abdominale, s'étend de l'hypocondre gauche au fond du petit bassin. Elle adhère, en haut, à la face inférieure du lobe gauche du foie et au diaphragme ; en bas, au plancher du petit bassin, au rectum et à la vessie ; sur le reste de son pourtour, mais à un degré moindre, au péritoine pariétal et à l'intestin. Celui-ci et l'estomac sont refoulés à droite.

La tumeur est composée de kystes plus ou moins volumineux, dont les uns sont indépendants et les autres communiquent entre eux. Sa longueur, dans le sens vertical, est de 40 centimètres et elle pèse environ 8 kilogr. 500.

La rate, profondément altérée, siège en haut et à gauche de la masse kystique. Elle est aplatie ; sur sa face convexe se trouvent plusieurs kystes ; l'un d'eux, situé à gauche, est isolé et a le volume d'une noix ; les autres, situés à droite, sont agglomérés et communiquent entre eux. À sa face concave, inférieure, est un gros kyste, irrégulier, à parois épaisses et dures, mesurant 10 à 15 centimètres en divers sens ; il communique, en

haut, par un orifice de 2 à 3 centimètres, avec le kyste gauche de la surface convexe, et, en bas, par un orifice de 8 à 10 centimètres, avec un kyste très volumineux, qui s'étend jusqu'au petit bassin.

Tous ces kystes sont de la même nature, ce sont des kystes hydatiques plus ou moins altérés.

Différents viscères sont examinés: poumons, cœur, cerveau, etc.; ils ne présentent pas d'altérations bien nettes.

Obs. XIV. — Bonting..., admis le 9 septembre 1882, mort le 12 janvier 1883, à l'âge de quarante-sept ans.

A commis de nombreux excès alcooliques et, à la suite de ces excès, il serait devenu, depuis quelque temps, très agité. Dès son arrivée il se montre très excité, loquace et tient des propos incohérents. Il a des tremblements des mains et des hallucinations, se dit tantôt le fils de Dieu, tantôt l'Antéchrist, etc. Ce trouble des facultés mentales persiste sans se modifier notablement.

L'appétit est bon, et malgré un certain amaigrissement, l'état général reste assez satisfaisant.

12 janvier 1883. — A la visite, nous le trouvons moins excité qu'à l'ordinaire et un peu engourdi; sa peau nous paraissant froide, nous le faisons passer à l'infirmerie.

Mis au lit, on s'aperçoit que toute la surface du corps est glacée, on place le thermomètre dans l'aisselle et on obtient :
T., 7 h. 5, 31°,5.

On s'empresse alors de le réchauffer, on l'entoure de boules d'eau chaude; on lui donne : vin chaud, café au rhum, et on parvient à élever un peu la température : à 11 h. 5, 34°,5.

Mais l'engourdissement fait des progrès; le malade devient de plus en plus somnolent; c'est à peine si l'on peut obtenir quelques réponses vagues aux questions qu'on lui adresse.

Mort dans la nuit.

Autopsie. — Poumons : Congestion en bas et en arrière, adhérences pleurales anciennes. — Cerveau pâle, œdème de la pie-mère, pas d'adhérences corticales. — Cœur normal. — Reins : la capsule adhère au tissu du rein, dont la surface est granuleuse; kystes séreux nombreux; substance corticale d'un rouge foncé peu distincte de la substance médullaire. Vessie vide. Pas d'œdème aux membres.

Obs. XV. — Mor..., admis le 16 juillet 1888, à l'âge de cinquante-sept ans, retiré le 21 novembre 1888.

Est atteint de lypémanie caractérisée par des idées tristes de ruine, de culpabilité, d'indignité; il porte des traces de coups qu'il s'est donné dans un but de suicide; il refuse de prendre la nourriture qu'on lui présente, de sorte qu'on est obligé de l'alimenter avec la sonde.

Il dépérit graduellement et, en dernier lieu, il est pris d'une diarrhée intense, qui l'épuise rapidement.

21 novembre 1888. — A la visite, le trouvant très affaibli et froid, nous le faisons passer à l'infirmerie.

A 7 h 1/2 du matin, on prend la température en introduisant le thermomètre dans le rectum, et on obtient :

T. rect., 31°,8.

On l'entoure de boules d'eau chaude et on lui donne des boissons excitantes et toniques.

La température s'élève un peu.

T., à 10 h., 32°,3.

T., à 2 h., 32°,8.

Sa famille, avertie de la gravité de cet état, vient le chercher et le fait transporter à son domicile.

Obs. XVI. — Prin..., admis le 6 juillet 1859; mort le 22 février 1882, à l'âge de quarante-neuf ans.

Est atteint, au moment de son admission, de manie aiguë qui passe graduellement à l'état chronique et de démence. Malgré son affection mentale, il est capable de rendre quelques services.

21 février 1883. — On a remarqué depuis une quinzaine de jours que l'appétit fait défaut, qu'il maigrit et perd ses forces.

Dans la soirée, il paraît plus faible que d'habitude.

22 février. — Le matin, au moment du lever, à 5 h., en voyant qu'il ne peut se tenir debout, qu'il cherche un appui, on lui demande ce qu'il éprouve et il ne répond rien.

Néanmoins on le conduit à l'infirmerie.

Couché, il ne tarda pas à tomber dans un état d'engourdissement qui fait de rapide progrès.

En même temps il se refroidit.

T., à 1 h., 32°,2. P., 48.

L'état s'aggrave, les forces diminuent, la torpeur, l'engourdissement augmentent, la température et le pouls baissent.

Mort à 5 heures du soir.

Autopsie. — Amaigrissement notable.

Ventre aplati. — Après incision des parois abdominales, on découvre dans la cavité péritonéale un liquide séreux trouble

et contenant des flocons fibrineux, abondants surtout dans le petit bassin et dans l'hypocondre gauche. — Peu d'adhérences entre les anses intestinales, pas de rougeur.

En enlevant la masse des intestins, on met à nu la face antérieure du pancréas et on constate que cet organe est induré et qu'il offre une ulcération large et profonde, circulaire, à surface lisse, cicatrisée, en rapport avec une perforation de l'estomac, dont les bords sont froncés et également cicatrisés. Des adhérences unissaient les lésions des deux organes.

Epanchement d'un liquide citrin dans le péricarde. — Adhérences anciennes des poumons aux parois costales.

Obs. XVII. — Grimb..., admis le 22 juillet 1879, mort à l'âge de soixante-douze ans.

D'après le certificat d'admission, Grimb... est malade depuis quelques mois, il est surexcité, loquace et tient des propos incohérents.

Il est maigre, grand et sec ; les mouvements des membres supérieurs sont faciles, les jambes sont roides, peu flexibles, aussi en marchant il se tient droit et s'avance à petits pas.

Il ne peut rester un instant tranquille, il va, il vient, il gesticule et parle sans cesse, mais cette agitation est sans violence. Il ne prête aucune attention aux questions qu'on lui adresse, aussi il répond rarement quand on l'interroge. Ses conceptions délirantes sont peu nombreuses ; il répète fréquemment les mêmes mots ou les mêmes discours.

Cet état persiste sans changements notables jusqu'au mois de décembre. Il devint alors un peu moins turbulent et sa loquacité se calme légèrement.

18 décembre. — On a remarqué depuis quelque temps que ses forces diminuent ; il marche moins bien, ses jambes sont plus roides et sa figure est plus pâle ; cependant l'appétit est encore assez bon.

Ce matin, on l'a trouvé un peu plus fatigué que les jours précédents et on l'a laissé au lit jusqu'au moment de la visite. Le trouvant à ce moment un peu abattu, nous le faisons passer à l'infirmerie.

Le soir, quoique un peu plus engourdi que la matin, il conserve encore un certain degré de son excitation habituelle, il ne cesse de faire des mouvements et il prononce des paroles mal articulées dont il est difficile de saisir le sens.

Bien que la salle dans laquelle il se trouve soit chauffée, et

que depuis son arrivée il ait été tenu chaudement au lit, on sent cependant au toucher que sa peau est extrêmement froide, on constate également que la circulation est ralentie et que la respiration est moins fréquente.

T. ax., 32°, 2. P. 60.

On s'empresse alors de le réchauffer en l'entourant de corps chauds et en lui administrant des boissons chaudes et stimulantes.

Le 19 décembre. — L'état s'est aggravé; il est plus assoupi; il parle peu et sa parole est moins nette, moins compréhensible. Cependant la température est un peu moins basse. T. rect. 33°, 3, et à deux heures de l'après midi on trouve qu'elle est encore un peu plus élevée. T. rect., 33°, 6.

A huit heures du soir, l'agitation est plus prononcée, les mouvements sont plus violents et il est difficile de le maintenir en place. Sa voix est faible, ses paroles sont incessantes et ses propos incohérents.

La sensibilité générale est très émoussée; les pupilles sont contractées et la déglutition est pénible; cependant, on peut faire avaler quelques cuillerées de liquide et même de potage.

La température s'élève encore.

A 8 h., T. ax., 33°, 7.

A 10 h. 1/2, T. ax., 34°, 5.

Le 20 décembre. — Gr... est complètement immobile; ses membres sont flasques et retombent quand on les soulève. La sensibilité est nulle, même à la face où l'on ne peut provoquer aucun mouvement réflexe. Les pupilles sont moins contractées. La respiration est lente, un peu embarrassée et la température plus élevée.

T. ax., 35°, 6. P. 68.

Mort à 11 heures.

Autopsie. — Dans les enveloppes du cerveau, on ne trouve qu'une certaine quantité de sérosité infiltrée dans les mailles de la pie-mère. Le cerveau, ainsi que le cervelet, le mésocéphale, ne présentent aucune altération visible à l'œil nu.

Les poumons sont aérés; le cœur contient du sang noir en partie coagulé. Dégénérescence des artères.

Dans la cavité abdominale les viscères ne paraissent point altérés. Cependant les reins sont légèrement décolorés, de couleur grisâtre et un peu bosselés, irréguliers. Celui du côté droit est plus altéré que le gauche, et on remarque à sa surface une plaque d'apoplexie d'un rouge foncé et d'une étendue de 2 cen-

timètres environ. Une section montre que la différence entre les deux substances corticale et médullaire est moins nette qu'à l'état normal.

OBS. XVIII. — Dagb... — Admis le 30 mars 1883.

Décédé le 7 mars 1884, à l'âge de trente-cinq ans.

A son arrivée, Dagb... est très agité, loquace, ses propos incohérents, il a des illusions et des hallucinations de l'ouïe et de la vue; par moments, il refuse la nourriture, craignant d'être empoisonné. Insomnie. Après une série de rémissions et d'exacerbations, il devient dément et gâteux.

7 mars. — Pris la nuit de diarrhée et de vomissements, il est actuellement très affaibli et froid, et dans un état d'engourdissement très prononcé.

T., ax., 32°,2.

Malgré les soins qu'on lui prodigue, il meurt dans la journée.

OBS. XIX. — Wal... Admis le 22 avril 1882.

Mort le 17 mars 1883, à l'âge de seize ans.

L'observation de ce malade a été publiée dans le *Journal des sciences médicales de Lille* en 1883. — Nous ne reproduisons ici que ce qui a trait à l'abaissement de température dans les derniers jours de la vie.

Il s'agit d'un crétin dont la taille, malgré son âge, est seulement de 80 centimètres, et qui présente toutes les apparences du myxœdème.

A l'autopsie, on a constaté l'absence du corps thyroïde et une hydropisie du péricarde.

13 mars 1883. — Depuis quelques jours, le malade, dont la parole est nulle et qui est incapable d'exprimer ce qu'il éprouve, est abattu et prend peu de nourriture.

Étant plus engourdi que d'habitude et sa peau paraissant froide, on le porte à l'infirmerie. L'application du thermomètre donne :

T., 1 h. 5, 32°,4.

14 mars. — Wal... est affaïssé, il reste couché sur le côté ou à demi assis dans son lit. Inappétence; il ne prend qu'un peu de lait. Il ne tousse pas, la respiration est un peu gênée; à l'auscultation, affaiblissement du murmure vésiculaire en arrière et en bas; pas de râles; bruits du cœur sourds, difficilement perçus.

Pouls presque insensible.

La peau est encore froide, le thermomètre placé dans l'aisselle nous donne :

- T. ax., 8 h. m., 33°. P. 64.
 — 1 h. s., 33°.

15 mars. — Abattement. Respiration lente et inégale.

T. ax. m., à 8 h., 34°.

— s., à 6 h. 1/2, 34°, 1.

16 mars. — Même état.

T. ax. m., à 8 h., 34°, 6.

— s., à 7 h., 34°, 1.

Mort dans la nuit, à 5 heures du matin.

Obs. XX. — Beauv..., admis le 27 août 1873. Mort le 1^{er} mars 1890, à l'âge de soixante-sept ans.

Est atteint de démence vésanique et généralement calme. — Deux mois environ avant de succomber, son délire augmente, ses idées se troublent davantage et deviennent confuses, il s'agite, devient turbulent, malpropre, et même gâteux par moments.

Il continue cependant à bien se nourrir et son état général reste assez satisfaisant.

27 février 1890. — On a remarqué depuis quelques jours que ses forces diminuent et que son intelligence s'affaiblit de plus en plus. L'excitation a fait place graduellement à un peu de torpeur, d'engourdissement.

Il est conduit dans la soirée à l'infirmerie où l'on applique le thermomètre qui donne :

T. ax. s., 36°, 5.

28 février. — L'engourdissement a fait des progrès. La parole est incompréhensible et le refroidissement très marqué.

T. m., 32°, 5.

T. s., 34°, 2.

Dans la journée surviennent des vomissements noirâtres, et il est impossible de lui faire prendre aucune boisson.

1^{er} mars. — T. ax., 35°, 3.

La torpeur, l'engourdissement augmentent graduellement. — Mort dans la journée.

A l'autopsie, les organes ne présentent aucune altération notable. Dans le cerveau, on ne trouve que les lésions de la sénilité ; œdème et opacité des méninges, atrophie des circonvolutions en certains points ; dégénérescence athéromateuse des grosses artères.

Obs. XXI. — Goss..., admis le 2 juin 1883, mort le 4 juin 1883, à l'âge de soixante-trois ans.

Il résulte du certificat délivré par le médecin de la famille que depuis un mois environ, il est très agité, qu'il chante, pousse des cris, que ses idées sont incohérentes et qu'il a des hallucinations.

Dès son arrivée, il est sans connaissance, ne fait presque aucun mouvement, et son pouls est irrégulier, extrêmement, faible.

Sa poitrine est remplie de râles, qu'on entend à distance.

3 juin. — Quoique la température extérieure soit élevée, on constate que tout le corps est froid. On s'efforce de le réchauffer et, en même temps, on prend sa température.

T. à 3 h. s., 33°,7. P. 48.

T. à 10 h. s., 32°,5. P. 48.

Le 4 juin, au moment de la visite, Goss... est agonisant, les membres sont dans la résolution, l'insensibilité est complète, les pupilles sont étroites, le pouls est petit, faible, presque imperceptible au moment des inspirations, état asphyxique.

T. 36°,5. P. 80.

Autopsie. — Légère congestion des poumons. Congestion et œdème de la pie-mère; hémorragies capillaires dans le mésocéphale. Pas d'autres lésions.

Obs. XXII. — Saill..., admis en avril 1875, mort le 30 décembre 1886, à l'âge de cinquante ans.

Au début, on constate l'existence d'idées tristes, de craintes imaginaires avec des hallucinations.

Ces troubles des facultés mentales passent à l'état chronique, mais n'empêchent pas le malade de se livrer à quelques travaux.

28 décembre 1886. — Depuis plusieurs jours, Saill..., étant moins actif, ayant perdu l'appétit et ayant un air souffrant, on le fait passer à l'infirmerie. Voyant qu'il se plaint surtout de douleurs à la région précordiale, on l'ausculte et on constate que les bruits du cœur sont sourds et que le premier est dédoublé; mais le pouls est régulier et la respiration normale.

Dans la soirée, il semble se refroidir; on applique un thermomètre et on trouve :

T. ax. s., 34°,5.

29 décembre. — Il est très agité, il ne peut rester en place; il se plaint et pousse des gémissements.

Son extérieur traduit un état d'angoisse extrême; il paraît souffrir considérablement.

La respiration est pénible, difficile, mais cette dyspnée paraît tenir à la douleur.

Le pouls est lent et tout le corps est glacé.

T., 32°,8. P. 44.

Il n'a uriné en vingt-quatre heures que 750 grammes ; pas d'albumine dans les urines.

Mort dans la nuit.

Autopsie. — On ne trouve de lésions notables ni dans l'abdomen, ni aux poumons.

Le cœur est volumineux et dur. Le péricarde ne renferme pas de liquide, mais il a perdu son aspect lisse normal ; sur la face antérieure du cœur, il est le siège d'une rougeur diffuse très prononcée, et des adhérences nombreuses, organisées, unissent ses deux feuilletés pariétal et viscéral en plusieurs points.

Obs. XXIII. — Lab..., admis le 21 mai 1881, mort le 29 mars 1883, à l'âge de cinquante-deux ans.

Au moment de son admission, on constate un affaiblissement notable des facultés mentales et des idées de grandeur très prononcées. Il existe en même temps un léger embarras de la parole et un tremblement fibrillaire de la langue.

La maladie faisant des progrès, ses forces diminuent graduellement et il ne tarde pas à devenir gâteux.

Le 28 mars 1883, par une température extérieure un peu basse, on s'aperçoit qu'il est apathique, engourdi, qu'il est moins solide sur les jambes, et on le fait passer à l'infirmerie.

On constate alors que la peau est froide sur le tronc, comme aux extrémités, et on s'empresse de la réchauffer. En même temps on prend la température et on trouve :

T. ax., à 10 h. s., 33°.

29 mars 1883. — La respiration est gênée, irrégulière ; à l'auscultation, on n'entend que de gros râles. Le pouls est fréquent, petit, faible.

Le corps est moins froid :

T. m., 35°,5.

Le malade va graduellement en s'affaiblissant et meurt à 10 h. du soir.

Obs. XXIV. — Luc..., admis le 11 août 1868, mort le 14 février 1884, à l'âge de trente-sept ans.

26 avril 1878. — Est depuis plusieurs années atteint de stupeur ; il ne fait aucune attention à ce qui se passe autour de lui et garde un silence absolu ; sans initiative, il demeure immobile des heures entières, la tête penchée en avant et les bras pendants.

Mais son intelligence n'est pas entièrement anéantie, il obéit quand on lui commande un peu vivement de manger, de sortir de la salle, de se rendre à son lit.

Depuis quelques mois, on a remarqué que son appétit diminuait, qu'il maigrissait et que son ventre augmentait de volume. Ayant alors examiné l'abdomen, il a été facile de constater l'existence d'une ascite, et depuis cette époque, l'épanchement a fait de rapides progrès.

Actuellement le ventre est très volumineux, la sensation de flot, très nette. Ses membres inférieurs sont légèrement enflés, les parties supérieures du corps sont amaigries, et la percussion nous apprend que le foie est atteint d'une atrophie considérable.

L'état général s'est depuis hier subitement aggravé, le pouls n'est plus perceptible au niveau de la radiale, on sent à peine les battements de l'artère humérale; ils sont très faibles et lents; la respiration est également lente, superficielle; la face offre une teinte cyanosée; la surface cutanée est froide, le thermomètre placé dans l'aisselle nous donne : T. ax., 34°.

Une ponction abdominale est immédiatement pratiquée et donne issue à 12 litres de liquide.

L'opération est suivie tout aussitôt d'une amélioration notable; la respiration cesse d'être gênée, le pouls devient plus fort et plus fréquent et la face prend un meilleur aspect. On entoure le malade de corps chauds et on lui fait prendre des boissons stimulantes.

29 avril. — Etat général relativement très satisfaisant; le malade a pris quelques aliments et les a digérés.

T. ax., 36°, P. 72.

2 mai. — L'amélioration fait des progrès, l'appétit est bon.

T. ax., 37°, 5.

Tout en restant dans le même état de stupeur, le malade continue à bien se nourrir et à prendre de l'embonpoint. Son poids, qui, au moment de la ponction, était de 47 kil. 500, s'élève au bout de six mois à 65 kil. 500.

La température axillaire subit encore de grandes oscillations, elle dépasse par moments 38° et descend souvent au-dessous de 36°; ainsi, le 4 juillet 1878, on trouve :

T. ax., 34°, 6. P. 48. R. 12.

L'ascite ne se reproduit pas après la ponction.

Sa santé reste assez bonne jusqu'en 1884; il survient alors un état de dépérissement qui s'accroît rapidement et le malade succombe le 14 février.

A l'autopsie, nous trouvons une pleurésie purulente à la partie inférieure de la plèvre droite et, dans la cavité abdominale, au lieu d'une cirrhoschépatique que nous avions supposé exister au moment où fut faite la ponction abdominale, une périhépatite chronique.

Le foie est uni aux organes voisins par des fausses membranes anciennes et bien organisées, qui, par leur rétraction, l'ont atrophié d'une manière sensible; on conçoit que ces adhérences, en comprimant la veine porte, aient pu provoquer le développement de l'ascite; mais on conçoit plus difficilement que la ponction ait suffi à faire disparaître la compression, au point que l'ascite ne se soit plus reproduite.

Il est inutile de faire remarquer combien un pareil fait est exceptionnel.

Obs XXV. — Flori..., admis le 15 novembre 1841, décédé le 10 janvier 1880, à l'âge de soixante-six ans. Est atteint, au début, de manie et plus tard de démence. Malgré ses idées délirantes, il conserve assez d'intelligence pour aller seul en ville et s'acquitter de certaines commissions qui lui sont confiées. Il fuit la société et n'aime pas la conversation; il parle constamment seul et ne répond pas toujours sensément quand on lui adresse la parole; cependant il comprend bien ce qu'on lui dit.

Il est d'une haute taille, très robuste et très fort.

Son état physique est excellent; il mange beaucoup et digère très bien.

Le 9 janvier 1880. — Rien n'indique dans la journée la moindre perturbation dans l'état de sa santé; après avoir fait une longue course au dehors, le soir, vers sept heures et demie, il prend son repas ordinaire, avec appétit, et, vers dix heures seulement, il est pris de douleurs qui augmentent rapidement. Il s'agite, fait des gestes et certains mouvements qui annoncent un grand malaise, il pousse même quelques gémissements. En entendant ses accents plaintifs, on s'approche de lui, on l'interroge et on s'efforce de le soulager.

Il a conservé son intelligence, sa parole n'est point changée et il se plaint de douleurs à l'épigastre. Se sentant gravement atteint, il répète souvent qu'il ne veut pas mourir.

On ne remarque ni convulsions ni paralysie, mais la respiration est gênée et on entend à distance les bruits qui se produisent dans les bronches; l'oreille, appliquée sur la poitrine, ne perçoit que des râles sibilants et ronflants, en très grand nombre. Le

thermomètre placé dans l'aisselle s'élève à 34°5. La mort survient environ un quart d'heure plus tard.

Autopsie. — L'arachnoïde est fortement distendue par de la sérosité qui est infiltrée dans les mailles de la pie-mère.

Sur l'hémisphère gauche, la sérosité est sanguinolente et les veines sont dilatées; mais cette hyperhémie paraît due à la position déclive de la région après la mort.

La substance cérébrale, examinée avec soin, ne présente, à l'œil nu, aucune altération. Les artères seules sont profondément altérées; celles de la base, en particulier, ont subi, à un degré notable, la dégénérescence athéromateuse et crétacée; elles sont fortement rétrécies sur plusieurs points, mais non oblitérées.

Les poumons sont légèrement congestionnés à la partie postérieure et inférieure.

Le cœur est hypertrophié; les parois du ventricule gauche surtout sont d'une épaisseur considérable. Les cavités contiennent peu de sang et peu de caillots.

La rate est petite, ratatinée; son enveloppe est épaisse, grisâtre, dure.

Le foie est d'un jaune pâle.

Les reins sont petits, leur surface est irrégulière et d'une couleur grise; à la coupe, la substance corticale diffère peu de la substance médullaire.

L'estomac contient une grande quantité d'aliments non digérés et composés de légumes secs et de pommes de terre en morceaux. La muqueuse n'est ni congestionnée ni ramollie; dilatation considérable de l'organe.

OBS. XXVI. — Bese..., admis le 22 mai 1882, succombe le 27 novembre 1882, à l'âge de cinquante-cinq ans.

Atteint d'aliénation mentale depuis trois ans, il arrive dans un état de faiblesse extrême. Il est en même temps très agité, ses idées n'ont aucune suite, la démence est complète.

Les forces physiques vont en diminuant, ainsi que les facultés mentales; il devient gâteux et garde le lit.

26 novembre. — Depuis quelques jours, on constate que la faiblesse augmente et que l'appétit diminue. Il est toujours très agité et prend peu de nourriture.

Le thermomètre placé dans l'aisselle donne :

T. m., 36°, 1. P. 72.

T. s., 34°, 8.

T. à minuit, 35°.

Malgré les soins prodigués au malade, il s'engourdit graduellement et tombe dans la somnolence.

27 novembre. — T. m., 34°, 7. P. 92.

L'abattement fait des progrès. Mort dans la journée.

Obs. XXVII. — Deber..., admis le 18 mai 1879, sorti le 4 septembre 1883, à l'âge de quarante-trois ans.

Un oncle paternel est mort aliéné.

Depuis six mois, il est atteint de troubles intellectuels caractérisés par du délire de nature triste, et des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

En 1880, son état s'aggrave; toujours mélancolique; il refuse, par moments, les aliments qu'on lui présente; se nourrissant incomplètement, il maigrit et s'affaiblit; il devient en outre de plus en plus taciturne et tombe dans la stupeur. On est obligé de temps à autre de recourir à la sonde pour l'alimenter.

Le 1^{er} avril, le voyant très fatigué, nous le faisons passer à l'infirmerie.

La température prise dans l'aisselle est de : T. ax., 34°, 6.

2 avril. — T. ax. m., 35°, T. s., 35°, 4.

3 avril. — Abattement considérable dans la soirée nous trouvons :

T. ax., 34°, 7. T. rect., 35°, 3. R. 11. P. 54.

Il est dans un état de stupeur profond, la face est pâle et glacée. Les mouvements volontaires sont nuls; ceux que l'on provoque sont faibles, lents et peu étendus. La sensibilité est à peu près entièrement éteinte; à la face, cependant, les piqûres d'épingles déterminent quelques réactions.

Les yeux à demi fermés sont baissés, les pupilles sont étroites et peu mobiles; il ne fait aucune attention aux paroles qu'on lui adresse, son mutisme est complet.

On l'entoure de corps chauds et on lui ingère, non sans efforts, quelques boissons et des aliments demi-liquides, à une température un peu élevée.

Du 4 au 6 avril. — La température varie entre 35 et 36°, 5.

7 avril. — Légère amélioration. Il regarde, semble comprendre ce qu'on lui dit et fait quelques mouvements de tête, sans préférer la moindre parole.

Il rend une très faible quantité d'urine :

T. m., 36°, 6. T. s., 36°, 8. R. 13. P. 80.

8 avril. — Il garde un silence absolu, et reste à peu près

constamment immobile, mais on parvient plus facilement à lui faire prendre de la nourriture.

Les urines peu abondantes se troublent et deviennent lacteuses par le refroidissement.

Elles sont alcalines, l'acide nitrique leur rend leur transparence.

T. m. 36°: T. s., 37°₁.

9 avril. — Quand on le presse de questions, il répond quelques mots, mais mal articulés, souvent incompréhensibles. Il regarde avec une certaine attention ceux qui sont près de lui, fait quelques mouvements et même certains gestes avec vivacité, comme s'il voulait frapper ceux qui lui déplaisent.

Les jours suivants, la température varie entre 36° et 37°.

23 avril. — Il garde encore le silence, mais il se lève depuis plusieurs jours; l'appétit est bon et ses forces sont revenues; aussi est-il à même de faire une petite promenade hors de l'infirmerie; mais, le soir, il a un accès de fièvre :

T. 39°₂. P. 112.

Le lendemain matin, il est bien remis et peut encore faire une promenade; mais, de nouveau, il a un accès de fièvre dans la soirée.

Ces accès de fièvre cessent au bout de quelques jours, puis la température se maintient autour de 37°.

9 mai. — Il est assez bien pour quitter l'infirmerie.

Après une série d'améliorations et de recrudescence dans son état mental, il sort, incomplètement guéri, le 4 septembre 1883.

Obs. XXVIII. — Mortr..., admis le 27 janvier 1883, décédé le 17 avril 1891, à l'âge de soixante-dix-sept ans.

Son affection mentale, qui remonte à quelques années avant son admission à l'asile, s'est traduite au début par des conceptions délirantes variées, notamment par des idées de grandeurs. Puis il est devenu calme et son intelligence s'est affaiblie.

Il a été possible pendant quelque temps de l'occuper à certains travaux, mais peu à peu il est devenu incapable de se livrer à un travail sérieux. Il a encore par moments un peu de délire et quelques hallucinations; on remarque surtout une diminution des facultés mentales. Sa santé est relativement excellente.

Atteint de pneumonie vers le 20 mars 1891, il guérit de son affection, mais il reste affaibli, obligé de garder le lit; et prenant peu ou pas d'aliments, ses forces diminuent de plus en plus.

La température baisse et oscille autour de 36°; à trois reprises différentes elle descend au-dessous de 35°, puis elle s'élève sans cause apparente et dépasse 38°, avant que la mort n'arrive.

Obs. XXIX. — Devil., admis le 1^{er} novembre 1846, mort le 3 janvier 1889, à l'âge de soixante-six ans.

Atteint au début de lypémanie avec hallucinations, il tombe peu à peu dans la démence; mais il reste calme et il est possible de l'occuper à quelques travaux.

Atteint de pneumonie le 25 décembre 1888, il succombe le 3 janvier 1889, après avoir présenté un abaissement de température (34°, 9) le jour de son décès.

Obs. XXX. — Poll..., admis une première fois le 29 juin 1887 et pour la seconde fois le 4 août 1888, décédé le 28 avril 1892, à l'âge de cinquante-quatre ans.

Début à forme mélancolique : tristesse profonde, frayeurs, idées de ruine et de persécution.

Son intelligence s'affaiblit graduellement et ses propos deviennent incohérents; il a de l'embarras de la parole, de l'inégalité des pupilles. Plus tard les forces physiques diminuent et on le fait passer dans la division des gâteux.

Le 28 avril 1892, il paraît plus abattu qu'à l'ordinaire, il est somnolent et refuse la nourriture qu'on lui présente; on le conduit alors à l'infirmerie.

Le thermomètre placé dans l'aisselle s'élève à 35°, 5. — Malgré les soins que l'on prend pour le réchauffer, la température continue à baisser; dans la soirée, quelques instants avant la mort, on trouve 35°.

Revue critique.

DES CONDITIONS

DE LA

CONTAGION MENTALE MORBIDE

Par le **D^r MARANDON DE MONTYEL**

Médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

Le fait seul de la grande actualité de la question de la contagion mentale, à l'état de maladie comme à l'état de santé, justifierait cette revue critique des conditions dans lesquelles elle se produit d'aliéné à sain d'esprit. Cette grande actualité est établie par les travaux qui, dans ces deux dernières années, se sont suivies de près, tant à l'étranger qu'en France, travaux dus à M. Schloers et Van Deventer en Allemagne, à M. Aronsou en Russie, à M. Pronier en Suisse, à M. Scipio Sighele en Italie, et chez nous à M. Paul Moreau de Tours et à M. Arnaud ; moi-même, j'ai écrit récemment sur ce sujet deux mémoires, modestes essais qui, comme celui-ci, ne doivent sans doute qu'à cette circonstance d'avoir été accueillis. Et ce n'est pas seulement le monde scientifique que la transmission de la pensée, normale ou morbide, passionne ; le grand public, lui aussi, s'y intéresse vivement, curieux de tout ce qui éclairera ce coin encore obscur et contesté de psychologie. Cependant je n'ai point cédé à cette seule considération d'actualité, quelle que soit de nos jours son importance, en entreprenant cette étude. J'ai considéré surtout que les conditions de la contagion mentale morbide sont encore fort peu élucidées, et qu'il y aurait peut-être quelque intérêt à les examiner impartialement à l'aide des faits connus. Jusqu'ici elles n'ont pas été l'objet d'une véritable étude

synthétique; seul, M. Pronier leur a consacré un chapitre spécial, chapitre malheureusement écourté, et il y a d'autant plus lieu de le regretter qu'on trouve à glaner d'excellentes choses dans les considérations émises par le médecin de Genève. Seul aussi, du moins à ma connaissance, M. Pronier a essayé d'utiliser la statistique pour établir l'importance de certaines conditions, celles relatives au sexe, à la forme mentale, au rapport de parenté du sujet passif au sujet actif. Mais ce distingué confrère, outre qu'il a très limité les points par lui envisagés, a eu le tort de rattacher à la contagion mentale un grand nombre de cas appartenant à la folie imposée et à la folie simultanée qui n'ont rien de commun avec celle-ci, la folie communiquée étant l'unique variété de folie à deux qui relève d'elle, ainsi que je me suis efforcé de l'établir tout récemment. Il en résulte que les résultats proportionnels ainsi obtenus ne sauraient être rigoureusement exacts. En troisième lieu, il est une quantité de détails dans la communication des maladies mentales qui ont été complètement négligées jusqu'à ce jour et qui cependant étaient dignes de fixer l'attention, tels, comme preuves de la nécessité d'une prédisposition vésanique, l'action de la contagion selon les individus composant l'entourage du malade; l'évolution pour ainsi dire autonome du délire transmis, la communication partielle de la maladie dans le cas de folie multiple d'après la réceptivité des gens; tels encore, à d'autres points de vue, la fréquence de transmission des conceptions selon leur caractère lypémanique ou mégalomaniaques; l'obligation d'une impression directe, sans intermédiaire d'aucune sorte, de l'aliéné sur le sain d'esprit; la durée du temps de contagion d'après les espèces morbides, la perturbation apportée par la contagion mentale dans l'évolution du délire systématique; le rapport d'âge entre le malade et le contaminé, d'une manière générale et selon le genre d'aliénation; la proportion de contamination des sexes entre eux; le rôle considérable du milieu familial; l'importance des chocs moraux. Toutes ces lacunes, nombreuses et intéressantes à combler, comme on voit, suffiraient, je pense, à expliquer notre tentative. Mais il est encore une quatrième raison à invoquer: depuis que

se poursuivent les recherches sur les folies communi-
quées, il n'a pas été opéré de sélection raisonnée entre
les conditions dans lesquelles elles se produisaient; on
n'a pas nettement dégagé celles qui étaient absolu-
ment indispensables à la production du phénomène de
celles qui, très favorables sans doute à sa manifestation
et d'une utilité incontestable, n'étaient en réalité que
secondaires, susceptibles de manquer complètement
dans certains cas. Les unes et les autres ont été placées
au même plan, erreur dans laquelle je suis tombé moi
aussi, lors de mes deux premiers mémoires de 1881 et
de 1882. En conséquence, je viens donc aujourd'hui
m'efforcer de traiter avec tous les développements
quelle comporte cette grosse et palpitante question des
conditions de la contagion mentale morbide, puis d'ap-
porter des statistiques tirés de 55 faits minutieusement
contrôlés où la communication morbide a été incontes-
table chez 72 sujets, ensuite d'examiner les particula-
rités jusqu'ici à tort négligées et, enfin, de placer chacun
des éléments qui concourent à la genèse du mal à la
place qui lui revient.

I

Sans insister sur l'étrangeté du terme, complètement
détourné de son vrai sens, qui a de plus en plus cours
dans la littérature scientifique, la contagion mentale
morbide, dirai-je, n'exige que deux conditions essen-
tielles : une prédisposition psychopathique et une
impression vésanique. Tout d'abord une prédisposition
psychopathique, assertion en absolue contradiction avec
celle de M. Bucknill qui, se fondant sur la grande
influence exercée par l'entourage d'un individu, sur son
caractère, si bien que tout homme finit par devenir
semblable au point de vue mental à ceux qui l'entourent,
en conclut que, sans distinction, les personnes obligées
de vivre avec les aliénés, parents, amis, médecins, infir-
miers, employés, courent le danger de perdre la raison.
On voit dès lors combien il importe de savoir laquelle
de ces deux opinions est l'expression de la vérité.

Mais si l'existence de la prédisposition est pour moi
indispensable, peu importe, ajouterai-je de suite, la cause

qui l'aura fomentée. Dans mon mémoire de 1881, généralisant un peu trop hâtivement les particularités d'un cas observé à l'asile de Toulouse, j'ai écrit que celle-ci devait être héréditaire. C'était une erreur. Mon travail à peine publié, deux nouveaux faits ne tardaient pas, en effet, à me convaincre, que l'hérédité vésanique n'était nullement une condition nécessaire de la contagion mentale morbide. Dans ces deux cas, selon toute probabilité, cette hérédité n'existait pas; ils concernaient deux vieillards, l'un de 77 ans, l'autre de 67 ans; le premier était très affaibli, tant au physique qu'au psychique, et mourut peu de temps après; le second était un vieux militaire en retraite auquel l'oisiveté pesait et qui, depuis son départ de la caserne, errait dans le village, triste et découragé, mécontent de son sort et de son inactivité. Rien n'établissait chez eux une transmission de famille. Les renseignements sur leurs ascendants comme sur leurs antécédents personnels étaient excellents. Aussi, dans mon second mémoire paru en 1882, je ne me bornais pas à affirmer que jamais la communication de la folie n'atteindrait celui dont le système cérébral bien équilibré ne saurait servir qu'à l'idéation normale, vu que la contagion mentale ne crée rien, pas plus que la bêche du pionnier sous son choc ne fait apparaître une source là où l'eau lentement filtrée et accumulée n'attend pas une occasion de jaillir. J'ajoutais que si les héréditaires étaient par excellence les plus propres à recevoir l'impression morbide, cire molle pour l'empreinte vésanique, ils n'étaient pas les seuls; car la prédisposition s'acquiert aussi et je spécifiais que ceux qui, par les excès, les fatigues ou la misère, auraient fait cette triste acquisition, seraient susceptibles, tout comme les précédents, de reproduire les faits morbides dont ils seraient les témoins; puis je conclusais en ces termes : Qu'importe l'origine de la prédisposition, l'essentiel est qu'elle soit; limiter aux seuls héréditaires la contagion mentale, serait un exclusivisme peu en rapport avec les faits et que contrediraient deux de mes propres observations.

M. Arnand est donc bien mal fondé, en 1893, de me reprocher une doctrine que j'ai moi-même condamnée un an à peine après l'avoir émise, c'est-à-dire il y a plus

d'une douzaine d'années. Mon savant confrère m'a fait l'honneur de citer souvent mon mémoire de 1881, et je l'en remercie ; je regrette seulement qu'il ait tout à fait passé sous silence celui de 1882. Ainsi héréditaire ou acquise, la prédisposition vésanique doit exister, sans cela pas de contagion mentale possible. Il ne suffit même pas de dire, avec l'aliéniste de Vanves, qu'on retrouve une *certaine* prédisposition chez les deux malades, mais bien, avec M. Pronier, que la contagion de la folie atteint les seuls individus *dotés à cet égard d'une réceptivité particulière*. D'ailleurs le cas qui semble avoir rendu hésitant M. Arnaud, est pour moi très concluant. Sans doute, son malade contaminé n'avait aucune prédisposition de famille ; mais à coup sûr il en avait une acquise. Il avait été, en effet, frappé durant la campagne du Mexique d'une forte insolation avec perte de connaissance suivie durant quelques jours de troubles cérébraux, d'obnubilation intellectuelle et d'une altération assez grave et passagère de la vue. Un cerveau qui a subi un aussi rude assaut est certainement un cerveau taré et ce qui m'étonne dans l'observation c'est le long temps qu'il a fallu pour communiquer le délire à cet organe qui, après cette secousse, ne pouvait se trouver qu'en équilibre très instable.

Cependant il ne suffit pas d'affirmer la nécessité de la prédisposition vésanique pour la transmission de la folie de l'aliéné au sain d'esprit, il faut en fournir les preuves. Elles sont tout à la fois théoriques et classiques. Théoriques, car on ne comprend pas bien comment la contagion mentale peut s'opérer, si la cellule cérébrale intellectuelle n'est pas dotée d'une réceptivité spéciale. Il n'y a, en effet, rien de matériel dans cette transmission, qui n'est que le résultat d'une simple impression psychique, le miasme névrosique de Bouchut n'ayant guère été pris au sérieux que par lui, de là nos regrets sur le choix fâcheux du terme dont on se sert. Si, dès lors, l'encéphale, non seulement garde cette impression, concentre sur elle la majeure partie de son activité, mais encore, ainsi que nous l'établirons dans un instant, non content de se l'approprier, la développe et la transforme, c'est qu'il possède des aptitudes morbides puisque, d'après les lois naturelles, il n'aurait dû en

garder que le souvenir affaibli et de plus en plus atténué. A ce propos, Prosper Despine, ce grand précurseur méconnu de M. Lombroso, auquel on commence à peine à rendre justice, évoque une aimable et juste comparaison. De même, dit-il, que la résonnance d'une note musicale ne fait vibrer la même note que dans les tables d'harmonie insensibles de la donner ; de même aussi la manifestation d'un sentiment, d'une passion n'excite le même élément instinctif, le mettant en activité, le faisant vibrer pour ainsi dire que chez l'individu susceptible par sa constitution émotive de l'éprouver plus ou moins vivement. Or, dans les cas de contagion mentale morbide, nous venons de le signaler, il n'y a pas seulement vibration identique, mais encore amplification et transformation ; combien donc devient ici plus nécessaire la propriété réclamée par le savant psychologue marseillais pour la simple contagion morale !

Mais j'ai hâte d'arriver aux preuves cliniques, les meilleures et les plus démonstratives. Elles sont de quatre ordres. En tête se présente, on le devine, la fréquence de la prédisposition héréditaire, nettement affirmée par les auteurs, chez les sujets contaminés, car son existence coupe court à toute discussion, elle est la démonstration directe par excellence. Dans quelle proportion l'a-t-on rencontrée ? Jusqu'ici il n'a pas été fourni, que je sache, de résultats positifs basés sur des chiffres. M. Pronier dit qu'en étudiant à ce point de vue les cent quatre observations qui servent de base à son travail, il s'est heurté à une telle insuffisance de renseignements qu'il ne se sent pas le droit de formuler une opinion sur la matière, et que, désireux de ne pas se hasarder dans une statistique arbitraire, il se borne à relever une impression en avançant que l'hérédité lui paraît tenir une place un peu plus en vue dans les cas en question que dans les vésanies antrement acquises. Pour notre part, en compulsant les auteurs français et étrangers à notre disposition, nous sommes parvenus à réunir 55 cas, dans lesquels, sans conteste, il y a eu communication de folie d'un aliéné à des sains d'esprit, 55 cas comprenant 72 contaminés. Pour 9, les renseignements manquent de précision, mais ils sont très nets pour 63. Eh bien ! 49 fois l'hérédité vésanique est cer-

tifiée ; celle-ci se rencontrerait donc dans l'énorme proportion de 77 p. 100 ; 13 fois il est affirmé qu'aucune prédisposition de famille n'existait, or 7 fois, il s'agissait de parents directs ou immédiatement collatéraux, père, mère, enfants, frères ou sœurs ; il en est de même 7 fois pour les cas sans renseignements. Je le demande, d'ordinaire hésite-t-on à reconnaître l'hérédité dans les familles où l'on constate la folie dans ces conditions d'étroite parenté ? En procédant pour la contagion mentale, comme on procède d'habitude en clinique, ce ne serait plus 49 héréditaires qu'on aurait sur 72 contaminés, mais 62, et la proportion s'élèverait de 77 p. 100 à 87 p. 100. Mais sur les 10 sujets restant pour compléter le total des 72 contaminés, je suis frappé de ce fait que 6, n'ayant, il est vrai, aucun lien direct de parenté, étaient époux ou vivaient depuis longtemps dans le concubinage, et alors je me rappelle l'observation, largement confirmée depuis, du regretté Blanche, que les prédisposés vésaniques de sexe différent se recherchent, attirés par une sorte d'attraction naturelle basée sur une communauté de goûts, de sentiments, voire même de bizarreries, et cela instinctivement, en dehors de tout calcul et dans l'ignorance complète du germe morbide qu'ils portent en eux. Il ne semble pas être de cet avis, M. Paul Moreau (de Tours), quand il dit qu'on pourrait faire intervenir, dans la production du mal, l'hérédité comme cause prédisposante, lorsqu'il s'agit de personnes appartenant à la même famille, comme la mère et la fille, les deux sœurs, mais que cette cause ne saurait être invoquée lorsque la maladie se produit entre le mari et la femme. Sans doute l'existence du mariage ou d'un long concubinage, quand l'un des conjoints ou des amants est un aliéné, n'est pas la preuve certaine d'une tare cérébrale chez l'autre ; mais si le sentiment et non l'intérêt a présidé à l'union, l'expérience prouve que c'est une présomption. Quoi qu'il en soit, en nous en tenant seulement aux cas avérés, nous arrivons à la proportion de 87 p. 100 ; elle est assez démonstrative pour s'en contenter.

Si ceux atteints par la contagion mentale sont la preuve directe, vu leurs antécédents personnels et de famille, de la nécessité d'une prédisposition vésanique,

ceux qui, vivant dans le même milieu et subissant les mêmes influences, sont épargnés, en sont la contre-preuve. Il est remarquable en effet que, dans la folie à deux, ce sont les parents du même sang qui sont exclusivement victimes; les alliés qui ne participent pas de l'organisation cérébrale du malade échappent à son influence; et quand par hasard l'un d'eux se rencontre, il est de règle que l'enquête établisse chez lui une tare psychopathique transmise ou acquise.

Le même phénomène se constate pour les domestiques qui, à moins d'être des prédisposés, ne donnent pas, eux non plus, dans le délire de leurs maîtres, alors pourtant qu'ils ne sont pas seulement respirant la même atmosphère et associés à la même vie, mais encore soumis à l'ascendant moral de ceux-ci. Les résultats fournis par les 55 observations que j'ai réunies sont à cet égard très démonstratifs. En effet, nos 72 contaminés se décomposent ainsi : frères ou sœurs, 28 ; ascendants ou descendants, 29 ; soit, pour chacune de ces catégories, la proportion, à peu de chose près la même, de 40 p. 100 ; entre époux, maris ou femmes, 11, soit la proportion de 14 p. 100 ; enfin 2 fois entre amants et maîtresses et 3 fois de maîtres à servantes ; d'où pour ceux-ci la proportion de 4 p. 100 et pour ceux-là celle de 2.7 p. 100. Je ne saurais malheureusement dire avec certitude quelle proportion représentent ces 11 époux par rapport au nombre total de maris et de femmes exposés à contracter le mal dans nos 55 cas. Cependant, malgré l'absence de renseignements précis, la lecture des observations laisse une double impression, celle que le rapport de ce chiffre 11 est inférieur à celui fourni par les membres à parenté directe, frères et sœurs, ascendants et descendants, et en même temps celle d'un rapport élevé par rapport au nombre total des conjoints, ce qui viendrait encore à l'appui de l'opinion du D^r Blanche, rappelée il y a un instant, sur l'affinité des prédisposés des deux sexes entre eux. Et en réalité nous vérifions qu'il en est ainsi ; car, de ces 11 sujets unis par le mariage, 6 sont nettement signalés comme étant des héréditaires et 3 autres étaient des vieillards de près de soixantedix ans ; nous avons ainsi la preuve certaine que 9 sur 11 étaient en quête d'une occasion de délirer. Si on tient

compte des difficultés rencontrées dans la recherche exacte des antécédents de famille et même personnels, ces chiffres paraîtront très éloquents, et on se convaincra que, de l'entourage d'un aliéné, les contaminés sont ou ses proches parents en ligne directe ou des étrangers à tare psychopathique.

Sans vouloir insister outre mesure sur ce point, je dirai qu'il est loisible, lorsque les observateurs sont entrés dans les détails des faits rapportés, de suivre l'action de la contagion mentale sur les divers membres d'une même famille selon le degré de prédisposition de chacun d'eux, et je me bornerai à rappeler, à l'appui de cette assertion, choisie parmi de nombreuses autres, une très instructive observation due à M. Verga. Il y avait dans une maison quatre personnes : la mère, âgée de cinquante-quatre ans, sans antécédent héréditaire, saine d'esprit, mais d'une excessive crédulité ; son mari, homme d'un grand bon sens et d'un jugement droit ; une fille naturelle de trente-quatre ans, née avant le mariage, et d'un amant autre que celui qui convola ; enfin l'époux de celle-ci, héréditaire vésanique. La fille devint aliénée ; elle se figura, sous l'influence d'hallucinations, être issue d'un prince et être appelée à un riche héritage. Rapidement, elle communiqua et ses perversions sensorielles et son délire à son mari ; rapidement aussi, elle convainquit sa mère du bien fondé de ses espérances, mais cette conviction resta un simple fait de persuasion chez celle-ci, qui jamais ne fut hallucinée, ni excitée ; quant à l'époux de cette dernière, il se moqua tout le temps des extravagances des trois autres et de leurs châteaux en Espagne. Ainsi, dans ce cas, nous voyons de trois sujets passifs vivant de la même vie intime, et subissant la même action : le prédisposé, avoir une folie communiquée ; le simple crédule, avoir une folie imposée, et le troisième, à organisation cérébrale ni névropathique ni naïve, n'avoir ni l'une ni l'autre.

Ce n'est pas seulement par ceux que frappe la contagion et par ceux qu'elle épargne dans le même milieu et dans la même condition que la nécessité d'une prédisposition vésanique est établie ; son existence est encore démontrée par l'évolution autonome, peut-on dire, de la folie contractée par un sain d'esprit au contact d'un

aliéné. Une fois le mal transmis, il puise, en effet, ses éléments de vigueur et de développement en celui-là qui l'a reçu et il n'est pas rare que le contaminé devienne alors plus malade que celui dont il a pris la maladie. Ce fait est d'une haute importance, car il est la preuve incontestable d'une réserve de forces vésaniques qui entretiennent et accroissent l'élément morbide communiqué ; s'il n'en était pas ainsi, la folie du sujet passif ne serait que la reproduction exacte de la folie du sujet actif et, soustrait à l'influence de celui-là, celui-ci ne tarderait pas à redevenir lui-même. De cette façon les choses se passent quand le délire est simplement imposé ; dans ce cas, alors, il n'y a aucun travail cérébral émanant de la victime et, pour amener sa guérison, il suffit de l'isoler de son codélinant ; nouvelle démonstration que la folie imposée n'est pas due à la contagion mentale morbide et n'est que l'erreur passagère d'un esprit abusé. Donc, tandis que l'abandon des conceptions délirantes est la règle, quand le contaminé y a cru naïvement, la folie vole de ses propres ailes, quand elle a été réellement transmise. Pour montrer toute la puissance que puise le mal chez le sujet passif même, en plus de l'influence exercée par le sujet actif, je ne saurais mieux faire que de citer une observation du professeur Ball, absolument démonstrative. Il s'agit d'un mari rendu aliéné par sa femme peu intelligente et dont le délire n'avait pas grand relief. Or, sur les quelques données qu'elle lui transmit, il échafauda tout un système délirant infiniment logique et complet. Egalement, dans le très intéressant cas rapporté par M. Tagnet, une jeune fille jetée dans la folie religieuse avec sa mère, son frère et sa sœur par l'aîné de la famille, au lieu de délirer simplement en commun avec ceux-ci, eut un délire propre, se figura être possédée du diable et fut mise à mort comme suppôt de Satan par les autres codélinants. On le voit dans ces faits, c'est alors même que les sujets contaminés étaient sous l'influence du sujet actif, qu'ils étaient tenus en bride par celui-ci, qu'ils réalisèrent néanmoins, en dépit du pouvoir exercé sur leur esprit, un délire plus perfectionné et plus grave que celui qu'ils avaient sous les yeux. Dès lors on comprend que la séparation des délirants ne saurait donner ici les heureux effets obtenus dans la folie purement imposée,

et qu'elle aura au contraire pour résultat de permettre souvent au sujet passif de délirer tout à son aise pour son propre compte. Aussi, aujourd'hui, reconnaît-on l'inefficacité de ce procédé insuffisant à lui seul pour assurer la guérison, d'autant plus que les observations abondent qui montrent le mal continuant son évolution à l'abri de l'influence morbide qui l'a fomenté, preuve péremptoire, nous le répétons, d'une prédisposition vésanique. Parmi les plus caractéristiques, nous citerons une de Nasse concernant deux sœurs : séparées, l'aînée, rendue maniaque par la cadette, mourut d'agitation violente, tandis que celle-ci guérit ; une autre absolument identique, rapportée par Jaeger, avec mort également du sujet passif au bout de quelques semaines d'isolement et guérison du sujet actif après sept mois ; une troisième de M. Arnaud, dans laquelle le contaminé délirant, systématique, isolé, aboutit aux idées de grandeur avant son partenaire, d'où l'auteur a conclu, avec raison, dans la troisième des propositions qui terminent son mémoire, que dans la folie communiquée la séparation ne met pas fin au délire du sujet passif, ce délire continuant à se développer d'après sa nature propre ; enfin, trois des six cas que j'ai moi-même observés confirment largement cette appréciation. La question paraît donc aujourd'hui jugée sans appel.

Il est encore une dernière preuve aussi démonstrative que les trois précédentes, sinon davantage, de la nécessité d'une prédisposition vésanique pour la contagion mentale morbide : elle est tirée de ce fait clinique caractéristique que l'aliéné, atteint de folie multiple, ne transmet au contaminé que l'unique délire auquel ce dernier est prédisposé. Là encore, on constate une différence radicale avec la folie imposée dont la propagation dépend exclusivement, quelle que soit sa nature, de la vraisemblance plus ou moins grande des idées malades et de la crédulité plus ou moins puérile de celui qui les écoute. Cette particularité de la communication partielle d'une folie multiple en conformité des dispositions psychiques particulières des codélirants, a jusqu'ici très peu fixé l'attention, malgré sa haute valeur probante. Même, il y a quelques mois, quand j'ai rapporté en détails, dans la *France médicale*, l'histoire de M. J... et de sa maîtresse Anna S..., j'ai cru ce cas le premier publié. Atteint de dé-

lire systématique et de folie alcoolique, l'amant avait communiqué à son amie de quinze ans, héréditaire véranique, sa psychose systématique ; il n'était pas parvenu, en dépit d'une action incessante, à donner son aliénation alcoolique à cette femme dont la sobriété était absolue. En me croyant le premier à signaler ce détail clinique si concluant, je me trompais et j'en fais toutes mes excuses à M. Martinenq. Sa remarquable observation de 1887 m'était complètement sortie de la mémoire. On doit, en effet, à ce jeune aliéniste un fait des plus intéressants, qu'il est utile de rappeler en quelques lignes à cause de son haut intérêt d'abord, et ensuite pour rafraîchir les souvenirs de ceux qui les auraient aussi peu fidèles que moi. Une fille cadette de vingt-neuf ans fut atteinte de folie multiple : délire de persécution et délire hystérique ; elle contamina son père, sa mère et sa sœur aînée. Or, nous apprend expressément M. Martinenq, la distribution du mal s'opéra différemment selon les sujets. La sœur aînée fut atteinte des deux délires ; de la folie hystérique caractérisée par de l'agitation maniaque avec phénomènes nerveux convulsifs, constriction à la gorge, état hystérique, trouble sensoriel général et conceptions délirantes spéciales ; elle fut atteinte en outre du délire des persécutions avec prédominance des hallucinations de l'ouïe et impulsivité particulière, tandis que les parents ne contractèrent que le dernier et n'eurent jamais que des perversions sensorielles auditives. Et M. Martinenq d'ajouter avec beaucoup de justesse : « Il est évident que la raison de cette distribution inégale du délire est dans la différence de réceptivité de chacun des passifs, réceptivité qui est en raison directe des prédispositions pathologiques de chacun d'eux. » Ces deux observations achèvent donc de prouver que la contagion mentale morbide exige, ainsi que nous nous efforçons de l'établir, un terrain préparé.

Voilà, en conséquence, une première condition indispensable de la communication de la folie solidement établie : *l'existence d'une prédisposition véranique*. Une seconde est tout aussi nécessaire : *l'existence d'une impression morbide*. Celle-là, en effet, n'est qu'une aptitude que celle-ci met en branle ; la contagion est aussi impossible sans l'une que sans l'autre. En dehors

de la prédisposition, l'impression s'éteindra sans laisser de traces notables ; en l'absence de l'impression, la prédisposition sommeillera en attendant qu'à défaut de cette cause une autre vienne la réveiller. Nous venons d'examiner l'une ; au tour de l'autre maintenant.

M. Pronier a divisé les impressions vésaniques en deux groupes, qui me paraissent devoir être conservés, car ils correspondent exactement à la réalité clinique et permettent de bien saisir toutes les nuances des relations qui existent entre elles et la prédisposition. D'une part, se placent les folies qui frappent vivement l'imagination, les folies impressionnantes, celles où le désordre des sentiments et des idées, l'incohérence du langage, la violence du délire, l'intensité des hallucinations et de tous les symptômes forment un tableau saisissant et profondément émotif pour les assistants. De l'autre, se rangent les délires en apparence partiels, que rien ne trahit au premier abord, qui laissent à l'aliéné toute sa tranquillité et toutes ses facultés syllogistiques.

Le premier groupe se trouvera par conséquent constitué par les folies générales, les délires diffus, c'est-à-dire les manies et les lypémanies. Il n'y a pas bien longtemps encore, la possibilité de leur contagion était niée ; on refusait le pouvoir, au maniaque, de communiquer son bavardage et son agitation, au lypémaniaque de donner son désespoir et son anxiété. On enseignait, avec Delasiauve et Lunier, que les faits de folie à deux ne pouvaient appartenir qu'au délire partiel systématisé. A Nasse revient le mérite d'avoir combattu cette erreur et d'en avoir eu raison. Elle était née et s'était enracinée grâce aux premiers cas rapportés, qui tous étaient des cas de folie imposée, laquelle, de toute évidence, ne concerne que des conceptions délirantes se présentant sous des apparences raisonnables ; il serait, en effet, difficile à un maniaque ou à un lypémaniaque de prouver, fût-ce à un prédisposé maximum, le bien fondé, celui-là de ses divagations excentriques, celui-ci de ses gémissements continuels. On pensait en outre que, dans la folie générale, il y avait une telle évidence d'insanité que l'esprit ne courrait aucun risque de les accueillir ; mais on avait compté sans la vive impression produite par elles, impression qui subjugué et entraîne l'esprit

en dehors de toute participation consciente de sa part. Il est même vrai de dire que l'observation a établi précisément le contraire des prévisions théoriques *a priori*, car elle a démontré, comme l'avance très justement M. Pronier, que les folies générales sont d'autant plus contagieuses qu'elles sont plus impressionnantes, c'est-à-dire, quelque paradoxale que la chose semble, plus le malade paraîtra fou, plus sera facile la transmission de sa folie. La mélancolie anxieuse, avec ses appels désespérés et ses glapissements continus, sera plus contagieuse que la lypémanie simple sans réaction apparente, et celle-ci plus que la lypémanie stupide; de même, la manie furieuse se communiquera plus facilement que la pure exaltation maniaque; enfin, de tous les délires, le démonomaniaque sera le plus dangereux pour autrui, précisément à cause de son cortège de symptômes effrayants et ultra-insensés de possession diabolique.

Les 55 faits que j'ai rassemblés confirment absolument ces données. Ils ne comprennent ni un cas de lypémanie stupide, ni un cas de simple exaltation maniaque. Les délires généraux sont un nombre de 19, soit dans la proportion de 34 p. 100. Ils sont donc, dans notre statistique, inférieurs aux délires partiels qui se trouvent être de 36, soit 66 p. 100. Toutefois, il convient, pour apprécier cette différence, de se souvenir que la manie et la lypémanie nécessitent le prompt isolement des malades, qui dès lors n'ont guère le temps d'impressionner bien longtemps leur entourage. En pénétrant d'ailleurs dans le détail des faits, nous constaterons des particularités intéressantes qui nous fourniront des lumières sur les impressions morbides les plus propres à se transmettre. Nos 19 cas de délires généraux ne comprennent, en effet, que 2 de manie contre 17 de lypémanie. Ils sont dus tous les deux à Nasse. Le premier concerne une jeune fille, née d'une mère devenue aliénée à la suite d'une couche, et qui, elle-même, victime d'un amour malheureux, eut une manie aiguë avec agitation violente, incohérence des idées, impulsions destructives et hallucinations de la vue, mal qu'elle communiqua en quelques semaines à sa sœur aînée; bien portante, mais qui, allaitant son enfant, entreprit de la soigner et fut mordue par elle à la

lèvre. Dans le second, il s'agit d'un jeune homme peu intelligent, dont la sœur avait une manie puerpérale; héréditaires par la ligne maternelle, ils étaient tous les deux fort dévots. Le frère entreprit la guérison, en ayant surtout recours aux prières ardentes et prolongées. Au bout de huit jours, il devenait agité, halluciné de la vue et de l'ouïe, et reproduisait exactement les symptômes qu'il avait sous les yeux. Tels sont les deux seuls cas incontestables de contagion maniaque que j'ai trouvés; alors même qu'il en existerait d'autres dans la science, cette communication n'en serait pas moins incontestablement rare, et pour sûr infiniment plus que la contagion de la lypémanie. Cela pour deux raisons: tout d'abord, la remarque, émise plus haut, sur le prompt isolement des délirants généraux, ne leur laissant pas le temps d'agir sur l'esprit de leur entourage, s'applique surtout au maniaque qui braille la nuit comme le jour et bouleverse tout autour de lui, quand il ne brise ni ne frappe. Ensuite, il est incontestable que l'impression produite par la manie n'a rien d'attristant, de particulièrement bouleversant; les dehors du malade sont ceux de l'exubérance et de la gaieté; il rit et il chante, et n'était la connaissance qu'on a du terrible malheur qui le frappe, on serait porté à rire soi-même, en présence de ses excentricités et de ses coq-à-l'âne.

La différence considérable que nous constatons dans nos cas entre la contagion de la manie et la contagion de la lypémanie prouve donc que la transmission de la folie se produit surtout avec les impressions tristes, celles qui appellent les larmes et remuent jusqu'au fond des entrailles. Une nouvelle preuve en est fournie par ce détail caractéristique que, de nos 17 cas de communication mélancolique, 3 seulement étaient de la lypémanie simple et 14 de la lypémanie anxieuse: celle-ci, qui se traduit par des sanglots, des gémissements, des supplications déchirantes et des inquiétudes angoissantes, se transmettrait donc cinq fois plus souvent que celle-là, dont la mimique est le mutisme et l'affaissement. Et ce n'est pas seulement comme fréquence que l'une l'emporterait sur l'autre, c'est encore quant au nombre des victimes; dans nos observations, tandis que nos 3 lypémaniques simples n'ont contaminé qu'un sujet chacun, il

est arrivé à nos lypémaniques anxieux d'en contaminer 3, 4 et 5 à la fois. Enfin, dernière particularité, qui achève la démonstration : dans tous les cas de contamination multiple, la maladie revêtait la forme démoniaque avec son cortège habituel de manifestations terrifiantes et burlesques.

Tout opposées sont les conditions que doit réaliser l'impression pour la communication des délires systématisés, car ils sont, peut-on dire encore avec M. Prounier, d'autant plus contagieux qu'ils sont moins apparents. Et cette différence s'explique. Dans les cas précédents, l'esprit n'avait ni le temps ni la ressource de se reconnaître, bouleversé qu'il était par une violente et brusque secousse, à laquelle il s'attendait d'autant moins que les phénomènes qui se déroulaient devant lui étaient plus insensés : tel le voyageur que le vertige arrache à l'improviste et jette au fond d'un précipice qu'il contemplait, sans se douter que sa dangerense profondeur, dont il avait pourtant pleine conscience, le fascierait au point de l'attirer dans l'abîme. Ici, au contraire, le calme et le raisonnement. Le plus souvent, l'intellect n'est exposé, ni à être fortement ébranlé, ni à être vivement ému. L'aliéné expose son délire à son entourage avec toutes les apparences de l'homme raisonnable qui communique ses constatations et, s'il défend avec ardeur ses convictions délirantes, sa chaleur n'a d'habitude ni violence ni incohérence, surtout aux périodes initiales. En conséquence, plus il montrera de bon sens, de logique et de sagesse, plus ses idées malades seront dans l'ordre des choses possibles, plus il aura chance d'être écouté, de glisser doucement dans l'esprit de l'auditeur la conviction délirante qui, le terrain étant favorable, se développera inconsciemment, de telle sorte qu'il suffira, à un moment donné, d'un fait presque banal pour amener l'éclosion des hallucinations et mettre en mouvement tout le travail pathologique. Voilà pourquoi la folie imposée est une condition favorable de la folie communiquée, et qu'on la constate dans la majorité des cas ; mais elle n'en est pas la condition indispensable, car il arrive que la prédisposition vésanique soit si forte, que la maladie éclate malgré la conviction conservée, jusqu'au dernier moment, de l'iusanité du sujet actif, surtout si

une émotion quelconque vient en aide à l'action de celui-ci. Il n'en est pas moins vrai qu'en imposant le délire, l'aliéné a bien plus de chance de le communiquer, et que, pour l'imposer, l'impression de ce délire doit être celle que nous venons d'indiquer.

Mais il y a, comme on sait, dans les folies systématisées, deux espèces de conceptions délirantes très différentes, les unes lypémaniaques, les autres mégalomaniaques : de ces deux variétés d'impressions, quelle est la plus active et quelles conditions favorisent ou entravent leur contagion, question que jusqu'ici on a un peu négligées. A nous en tenir à la seule statistique, les idées de persécution seraient bien plus souvent transmises que les idées de grandeur ; dans nos trente-six cas, celles-ci ne figurent que six fois. Cependant, je crois qu'il convient de tenir compte de leur tardive apparition pour l'exacte appréciation de leur degré de fréquence dans la folie communiquée. Elles ne se montrent qu'après une longue période de plusieurs années, souvent même pas du tout ; par conséquent, avant leur venue, le délirant chronique a eu tout le temps de transmettre ses idées de méfiance, et pour cela toutes facilités, puisqu'il est très rarement enfermé au début de son mal. Ce détail explique pourquoi la folie de persécution se rencontre si souvent dans la contagion mentale, qu'à une époque pas encore bien éloignée on admettait qu'elle était le seul délire contagieux. En réalité, l'impression produite sur l'esprit par les conceptions mégalomaniaques est sans conteste plus agréable, partant plus assimilable, que celle due aux conceptions lypémaniaques, et il est certain que, avec quelque apparence de fondement, comme par exemple une naissance naturelle laissant le champ libre à toutes les hypothèses, elles ont plus de chance que celles-ci d'être agréées. Leur rareté relative tient donc exclusivement, je le répète, au retard de leur évolution, et je suis persuadé que si elles ouvraient la folie systématisée au lieu de la clore, elles exerceraient plus de ravages que n'en amènent les idées lypémaniaques initiales. Sans doute, on croit facilement au malheur redouté, cependant on croit plus facilement encore au bonheur désiré.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces deux variétés

d'impressions, elles ont ce caractère commun de n'être parfois que partiellement communiquées, le contaminé opérant un choix parmi elles selon les circonstances et ses dispositions particulières. Dans la contagion de la folie générale, le bouleversement total de l'intellect ne permet guère cette dissociation dans la transmission morbide et, là, la théorie du *bloc*, selon une expression à la mode, est absolument exacte. Il n'en est pas de même avec le délire systématisé, qui laisse intactes les facultés de raisonnement et d'appréciation. Cette contamination limitée est un fait connu. La transmission morbide, dit M. Pronier, est totale ou partielle, suivant qu'elle se rapporte à la maladie dans son ensemble ou seulement à l'une de ses parties constitutantes ; ainsi, la personne atteinte contractera une affection complète avec tous les symptômes qui la constituent, comme elle n'adoptera qu'une idée délirante, une tendance émotive, une hallucination. Seulement, on a omis de signaler une conséquence inattendue de cette transmission incomplète du mal : il arrivera, en effet, que le sujet passif se basera sur les phénomènes auxquels il ne participe pas, pour voir un aliéné dans son codélirant actif. Qu'il en soit ainsi dans un cas de folie multiple, quand un seul délire est communiqué dans son intégrité, on le comprend ; le contaminé, qui n'a rien de l'autre ou des autres vésanies, verra en elles des maladies, comme dans l'observation de M. G... et de sa maîtresse, dont j'ai parlé plus haut : celle-ci, restée rebelle à toutes les perversions alcooliques de son amant, le considérait comme un halluciné, bien qu'elle eût contracté tous ses troubles névrosiques. Mais, phénomène plus curieux, le fait peut encore se produire, alors même que la folie en jeu est unique, si elle est non intégralement donnée. Une observation que j'ai publiée en 1882 en témoigne. Une jeune fille, atteinte de délire systématisé de persécutions, communiqua son délire et ses hallucinations à son père. Jusqu'alors très douce, elle s'emporta sous l'influence de perversions sensorielles répétées et se laissa aller à des violences qui amenèrent son arrestation. Le contaminé, loin de partager ses emportements, s'efforçait de les apaiser, jugeant qu'ils dépassaient les bornes. Après l'isolement de la malade, il m'écrivit pour me dire que les infamies

de leurs ennemis avaient rendu folle sa fille, mais qu'il espérait la voir bientôt rétablie et plus forte contre la persécution qu'on leur infligeait.

Tels sont les caractères des impressions produites sur le sain d'esprit par l'aliéné, soit dans les folies diffuses, soit dans les folies systématisées. Il nous reste à examiner un point important qui ne paraît pas avoir encore attiré l'attention, et qui pourtant mérite qu'on s'y arrête, le suivant : la contagion mentale morbide ne se produirait qu'à la condition que l'impression soit directe. Je m'explique. Chacun connaît l'influence contagiense de la publicité des faits criminels ou des suicides, et on ne saurait trop s'associer à cet égard aux paroles prononcées par M. Paul Aubry au Congrès de Lausanne, en septembre dernier. Eh bien ! je ne connais pas un seul fait de communication délimitée par lecture ou récit. Il y aurait donc, quant au mode de transmission, une différence absolue entre le crime et la folie, d'autant plus que si celle-ci n'est transmissible que directement, celui-là le serait plutôt indirectement. La vue d'un assassinat est, en effet, bien moins propre à en développer l'imitation que le journal qui le rapporte ou les témoins qui le racontent. Au contraire, dans tous les cas de folie communiquée que je suis parvenu à réunir, les contaminés avaient été en contact immédiat avec les aliénés durant un temps plus ou moins long. La nécessité de cette action directe ressort évidente de la très curieuse histoire de la famille Lochin, dans laquelle la contagion, à deux reprises, atteignit les membres qui vivaient ensemble en épargnant celui qui était à l'armée, bien qu'il ait été, ces deux fois, renseigné par lettres et journaux sur les moindres symptômes de la folie qui avait éclaté à quelques jours d'intervalle chez son père, sa mère, sa sœur et ses deux frères. Tandis que ces cinq membres qui habitaient la même ferme étaient séquestrés deux fois à trois ans de distance, atteints de la même folie démoniaque, lui, éloigné, resta sain d'esprit, malgré la secousse produite en lui par cette aliénation à récurrence de sa famille tout entière. Il y a plus encore ; après la rechute, on dispersa les cinq Lochin dans des localités différentes ; or il arriva que la mère devint de nouveau aliénée une troisième fois, présentant les mêmes symptô-

mes que par le passé ; les quatre autres membres qui avaient été contaminés deux fois déjà le surent et furent tenus au courant de la nouvelle crise de M^{me} Lochin, et cependant pas un cette fois ne délira. L'impression vive laissée en eux par leurs deux précédentes crises et la prédisposition grande où celles-ci les avaient placés ne suffirent pas, en l'absence de toute action directe, à ramener le mal dont ils étaient pourtant contumiers. L'influence indirecte marquée, due à la connaissance d'une rechute de leur mère, malheur qui, vu le passé, a dû sans conteste les impressionner fortement, est restée sans effets. Ce fait ne réalise-t-il pas une démonstration complète ?

Prédisposition vésanique bien établie, impression morbide directe, voilà donc les deux conditions essentielles de la contagion mentale en matière de folie. Il convient maintenant de rechercher quel est ce que nous proposerons d'appeler *le temps de contagion*, c'est-à-dire la durée que devra avoir l'impression pour engendrer l'aliénation chez un sain d'esprit. Elle sera, de toute évidence, chose essentiellement relative. D'après les cas dont nous avons lu l'histoire, écrit M. Pronier, les uns ne luttent que *deux ou trois jours*, tandis que d'autres combattent des *semaines* et plusieurs des *mois entiers*, le temps de résistance variant en raison inverse du degré antérieur de prédisposition. J'ajouterai : et de l'intensité de l'impression morbide. Aussi, est-il tout à fait indispensable d'examiner séparément, à ce point de vue, les folies générales et les folies partielles, qui offrent entre elles de notables différences. Tout ce que nous avons écrit plus haut à propos de l'influence et des impressions est, en effet, également applicable au temps de contagion ou de résistance. La durée d'action pour la manie sera, en conséquence, plus grande que pour la lypémanie ; de celle-ci, l'anxieuse se communiquera plus rapidement que la simple et, parmi les anxieuses, la démoniaque sera encore la plus prompte à être gagnée. Il est, dès lors, vrai de dire que la contagion des folies générales est assez rapide, et surtout beaucoup plus rapide que celle des folies partielles ; pour celles-là quelques semaines, souvent quelques jours, suffisent, et même, dans certains cas, la transmission s'opère en moins de

vingt-quatre heures, comme dans l'observation de Seegmüller, concernant trois sœurs : la cadette, devenue subitement aliénée, se crut empoisonnée, ensorcelée, poursuivie et tomba dans une vive réaction anxieuse, entre coupée çà et là de phases de stupeur et de catalepsie ; la seconde des trois, qui l'avait conduite à l'asile *le jour même*, fut saisie *dès le lendemain*, au moment de la menstruation, d'un accès parfaitement identique. *Peu d'instant après*, l'aînée délirait comme ses sœurs. J'aurais été heureux de pouvoir apporter ici une statistique basée sur tous les cas que j'ai réunis. Malheureusement, les auteurs jusqu'ici ne se sont pas beaucoup préoccupés de cette question et les renseignements fournis par presque tous sont d'un vague désespérant ; cependant, je puis dire que, pour nos deux cas de manie, le temps de contagion fut d'un mois et d'une semaine ; pour nos trois cas de lypémanie simple, deux fois un mois et une fois six mois et, pour dix cas de lypémanie anxieuse, la plus longue durée fut de dix jours ; quatre fois, moins de vingt-quatre heures ; quatre fois deux jours et une fois une semaine. Ces données, quoique restreintes, confirment, on le voit, les appréciations que nous avons émises sur la rapidité de la contagion dans les folies générales et, plus particulièrement, dans les lypémanies anxieuses.

Il n'est pas contestable que dans les folies partielles la communication de la maladie ne soit, d'ordinaire, beaucoup moins prompte ; mais est-il vrai que leur transmission exige, ainsi que le soutient M. Arnaud, un temps toujours fort long, si long que la simultanéité du mal et non la contagion est à invoquer quand, comme dans l'observation de M. G... et d'Anna S..., dont j'ai déjà eu occasion de parler, il ne se sera écoulé que *six semaines* entre la manifestation des deux délires ? Pour mon savant confrère de Vanves, la folie systématique est une manie chronique à périodes successives très lentes à évoluer, et sa transmission exigerait des années ! Voyons d'abord la réponse des faits à cette doctrine, puis je demanderai la permission d'attirer l'attention sur quelques particularités laissées trop dans l'ombre jusqu'à ce jour, et susceptibles de projeter de la lumière sur ce point litigieux.

Pour les raisons fournies tout à l'heure, je n'ai rassemblé que onze cas sur lesquels la durée du temps de contagion fut assez exactement indiquée pour être utilisée et malheureusement, de ces onze cas, cinq sont de moi, ce qui leur enlève une grande partie de leur valeur. Cependant, je me permettrai de faire remarquer que quatre de mes observations ont été recueillies et publiées en 1881 et 1882, partant à une époque où la question en discussion n'était point soulevée ; il y a donc de grandes chances que les renseignements qu'elles contiennent, consignés en dehors de toute idée doctrinale, simple constatation de détails cliniques, soient rigoureusement exacts. Ces cinq cas ne sont pas du tout favorables à l'opinion de M. Arnaud : la plus longue durée d'action a été de six mois, deux fois ; deux fois de deux mois et, enfin, dans le cas de M. G... et de sa maîtresse, dont il vient d'être question, cette durée n'aurait été que de six semaines. Des six autres faits restants, quatre, je l'avoue, confirment manifestement les idées de l'aliéniste de Vanves ; là, l'action de l'aliéné sur le sain d'esprit, sans avoir duré des années, a excédé un an au moins ; mais, dans une observation de M. Semelaigne, consignée dans l'ouvrage de Legrand du Saulle, bien que le temps de contagion ne soit pas exactement donné, il résulte toutefois des détails fournis que, de mai à décembre, soit en sept mois, la mère parvint à communiquer ses hallucinations et ses conceptions délirantes à sa fille, au point de la décider à commettre en commun une tentative de suicide. Plus rapide encore paraît avoir été la transmission du mal chez les sœurs T..., dont l'histoire a été rapportée par M. Pagès, la cadette ayant très rapidement entraîné l'aînée dans un délire systématisé de persécution et de grandeur. Quoi qu'il en soit, il résulte deux choses de ces constatations : la première, qu'incontestablement, dans les folies systématisées, le temps de contagion est, d'une manière générale, beaucoup plus long que dans les folies générales ; la seconde, que la science, sur ce point, est très pauvre de documents précis ; aussi, bien que quelques faits avérés paraissent établir que, dans certaines circonstances, la communication du mal ait été sinon aussi prompte que dans le délire diffus, du moins encore très rapide, après

un ou quelques mois, il serait nécessaire d'apporter désormais à la constatation de ce point spécial plus d'attention qu'il n'en a été donné jusqu'ici.

Pour ma part, je suis convaincu que la clinique viendra démontrer une exagération au moins relative dans l'opinion de M. Arnaud, et cette conviction découle non pas seulement de mes constatations directes sur la durée de la transmission du mal, dans les cas que j'ai personnellement observés, mais encore d'une particularité intéressante qui, elle aussi, ne semble pas avoir jusqu'ici fixé l'attention des observateurs. Cette particularité consiste en ce que la contagion aurait la propriété d'accélérer l'évolution du délire systématique et d'amener, en quelques mois parfois, une succession de périodes qui, d'ordinaire, demande plusieurs années. Trois éventualités se rencontrent. Tout d'abord le délirant systématique à la seconde période se heurte à la résistance du sujet passif; cette résistance est alors un coup de fouet à son délire, les discussions qu'elle entraîne, les luttes qu'elle occasionne activent le travail pathologique et la confirmation des idées de persécution, leur justification est fournie par des conceptions délirantes de grandeur. Livré à lui-même, le malade aurait mis longtemps, très longtemps, avant d'en venir là; il y est tout de suite conduit, harcelé par son contradicteur et désireux de lui fournir la preuve du bien fondé de ses accusations. Le fait est très manifeste dans une de mes observations de 1881, époque où certes je ne me doutais guère de l'intérêt du détail que je consignais; c'est l'observation des deux sœurs, Pauline et Léontine. Celle-là s'efforçait de démontrer à celle-ci que rien ne justifiait ses idées de persécution. Sans gloire ni richesses, toujours bonnes, elles avaient fait le bien; pouvaient-elles susciter jalousie ou inimitié? Toutes ces contradictions portaient la malade à systématiser de plus en plus son délire, et elle arriva ainsi, en moins de six mois, à justifier ses conceptions hypémaniaques par des conceptions mégalomaniaques: on leur en voulait parce qu'un vieux tableau de famille, ornement du salon, valait 300,000 fr. On voit par là combien est fondée l'interdiction de discuter avec le délirant systématique, et tout le danger du traitement moral ~~est~~ basé sur la réfutation des idées morbides.

Le sujet passif se range-t-il à l'avis de l'aliéné, cette acceptation du délire aura encore pour effet d'accélérer l'évolution du mal et de précipiter l'arrivée de la troisième période. La preuve en est fournie par plusieurs des observations que j'ai rénnies. En premier lieu, je citerai celle de M. Pagès, relative aux deux sœurs M., qui, rapidement, se crurent les heureux gagnants d'un lot de 100,000 francs et d'un magnifique château auquel était attaché le titre de comte de Vienne, et ce, après une période de persécution d'une extrême brièveté. Nous voyons également, dans un cas rapporté par Volleuberg, les idées de grandeur apparaître dès que le sujet actif est parvenu à communiquer son délire au sujet passif. Et il en est encore ainsi dans une observation de M. Verga. D'un fait que j'ai rapporté en 1881, il résulterait même que la communication du délire n'est pas nécessaire, qu'il suffit que celui-ci soit imposé pour accélérer la marche de la maladie. On comprend, en effet, que dans ces deux éventualités le résultat soit le même. Ce qui active le travail pathologique, c'est sans doute la collaboration délirante des deux aliénés, collaboration par laquelle la puissance vésanique se trouve élevée à un taux qui représente plus que la somme des prédispositions malades des deux sujets considérés isolément; or cette collaboration délirante est la même, que la folie soit imposée ou communiquée. Dans mon cas, les idées de grandeur apparurent au bout d'un an. En 1877, une femme, à la seconde période d'un délire de persécution, arrivait à convaincre son mari de la justesse de ses conceptions délirantes, bien que le malheureux ne parvint jamais à rien entendre en dehors des querelles réelles que les extravagances et les violences de son épouse suscitaient avec les voisins. En 1878, la malade était avertie par un ange que Dieu l'appelait à de hautes destinées, et le mari ajoutait foi également à la voix céleste, toujours sans l'avoir jamais entendue.

Tous ces faits me semblent concluants et bien propres à établir que, dans les cas de folie à deux, la maladie vole plus qu'elle ne marche. Mais il y a, en outre, un phénomène encore plus caractéristique, il y a que la contagion n'est pas seulement apte à supprimer la première période chez le sujet passif et à le placer sans

comp férir à la seconde période en précipitant l'arrivée de la troisième, il y a qu'elle est également capable de supprimer la seconde et de jeter d'emblée le contaminé dans la troisième. Des faits authentiques rapportés par les auteurs sont à cet égard absolument démonstratifs, et ils le sont d'autant plus que ceux qui les ont rapportés n'avaient nullement en vue d'arriver à la démonstration que je poursuis en ce moment. Tel le cas publié par Vollenberg. Un père résiste, écoutant de préférence les sages conseils de sa femme, à l'action combinée de ses filles atteintes des mêmes conceptions délirantes de persécution et de grandeur ; il devient veuf et, livré à lui-même, miné par le chagrin, il se laisse contaminer à son tour ; d'emblée, il entre à la troisième période et, s'il combine d'un commun accord avec ses enfants des plans de résistance contre leurs ennemis, c'est également d'un commun accord avec elles qu'il s'efforce de faire valoir ses prétendus droits ; on isole les uns des autres les trois délirants et néanmoins tous les trois persistent dans leur folie, deviennent incurables. Pour ma part, j'ai vu également le fait se produire et la malade, Pauline, dont j'ai parlé plus haut, entrer de plain pied, poussée par Léontine, dans la troisième période.

Comment nier après cela que la contagion mentale ne soit capable de perturber gravement l'évolution ordinaire du délire systématique ? S'il en est ainsi, est-il bien rationnel de se baser sur la chronicité habituelle de cette évolution, pour affirmer la nécessité d'une très longue durée d'action de l'aliéné sur le sain d'esprit ? Non, alors surtout qu'une autre considération incite à appliquer, même à ce délire, l'appréciation très juste, de M. Pronier ? Parfois le contaminé et le sujet actif se suivent de si près, dit ce distingué confrère de Genève, qu'ils semblent marcher de front et donnent alors l'image d'une folie simultanée ; nous croyons que bien des faits, décrits sous ce dernier titre, sont en réalité des cas de contagion. Cette autre considération est que le délire systématisé exige pour se produire, non pas seulement une prédisposition vésanique générale, mais encore spéciale. En effet, tous les prédisposés à l'aliénation mentale ne sont pas susceptibles de contracter ce genre d'aliénation, parce qu'il n'est, en dernière analyse, que

le développement du caractère naturel de l'individu. Cette vérité, vue par Legrand du Saulle, défendue de nos jours par M. Charpentier, M. Mairet et par moi, niée d'autant plus à tort par M. Magnan qu'elle laisse absolument intacte sa synthèse très fondée du délire chronique, montre que seul le prédisposé, qui aura tout à la fois le caractère ombrageux et orgueilleux, sera exposé au contact d'un délirant systématique à lui prendre son mal. Mais aussi cette obligation d'une prédisposition spéciale entraîne cette conséquence que le sujet actif, quand il rencontrera un sujet passif ainsi donné, n'aura pas besoin d'une action par trop prolongée pour le contaminer, puisque son rôle se bornera, en somme, à faire passer en activité des idées de méfiance et de persécution inhérentes à l'individu. Certes, je comprendrais la nécessité d'un très long temps de contagion, s'il fallait entraîner dans un délire de persécution un homme confiant en autrui; mais sur un tel homme, le délirant systématique s'usera sans l'entamer, car il n'a rien de ce qui est indispensable à l'éclosion d'une telle vénerie. Dans les cas de contagion de cette nature, il est donc très exact de dire que le contaminé était tout prêt, par ses dispositions naturelles, à accueillir la folie qui s'est présentée à lui. Comment, dès lors, serait-il indispensable d'agir sur son esprit pendant des mois et des mois, voire pendant des années? Je prévois l'objection; on ne manquera pas de me rappeler que les faits cliniques m'ont amené à déclarer que le temps d'action, nécessaire à la contagion des délires systématisés, était beaucoup plus long que celui demandé par les folies générales et on verra là une contradiction. Il n'y en a pourtant pas, parce que celles-ci, très impressionnantes, agissent par choc, tandis que ceux-là agissent par persuasion et insinuation; aussi sont-ils sans influence s'ils ne trouvent pas un terrain spécialement préparé à recevoir leur impression; mais quelque préparé que soit ce terrain, il résulte de leur mode même de propagation une certaine lenteur relative, seulement il ne s'ensuit pas que le sujet passif résistera aux assauts qui lui sont livrés, aussi longtemps que Troie ni même que Sébastopol.

Après avoir établi la nécessité, dans la contagion

mentale morbide, d'une prédisposition psychopathique, ainsi que d'une impression morbide directe, et après avoir examiné dans leurs détails ces deux conditions indispensables du phénomène, en nous efforçant d'éclaircir les points laissés trop dans l'ombre jusqu'à présent, il nous reste à démontrer qu'elles sont bien les deux seules essentielles et qu'elles suffisent à assurer, en dehors de toutes autres, la communication du mal. La preuve de notre assertion n'exigera pas de longs développements, car elle nous sera fournie, claire et complète par l'évolution des folies épidémiques du moyen âge et même de notre époque, telle celle de Morzines. Leurs relations, transmises à nous par des témoins oculaires, médecins et chroniqueurs, démontrent que le délire gagnait de proche en proche, se communiquait indépendamment de l'âge, du sexe, de l'intimité, de l'ascendant, de la parenté, du milieu familial, d'une action spéciale exercée sur l'esprit ou de l'intérêt. Pourvu qu'on fût impressionnable et mis en contact d'un délirant, c'est-à-dire qu'on réalisât nos deux conditions fondamentales, on était atteint. Dès lors, ces deux conditions ne méritent-elles pas d'être seules considérées comme les conditions essentielles de la contagion mentale morbide? Mais, a-t-on avancé, d'autres sont indispensables, quand la maladie au lieu de sévir sous forme épidémique, se montre à l'état sporadique; alors il est nécessaire qu'un concours de circonstances déterminées se rencontre pour qu'un aliéné parvienne à transmettre son délire à une ou plusieurs personnes de son entourage immédiat.

L'étude à laquelle nous allons maintenant nous livrer montrera, nous l'espérons du moins, que quelque favorables que soient à la contagion mentale morbide les conditions invoquées, il n'en est pas une seule qu'on rencontre invariablement dans tous les cas. Nous en poursuivrons l'examen minutieux dans le délire général et dans le délire systématique, en montrant leur importance variable dans ces deux formes et aussi dans les trois variétés de folie à deux. Pour cela, nous aurons recours aux chiffres le plus souvent possible, puisant dans les cinquante-cinq cas que nous avons réunis nos éléments d'information. J'aurais été très

aise d'utiliser pour ce travail les recherches statistiques de M. Prouier, le seul auteur, à ma connaissance, qui ait appliqué aux folies à deux ce puissant moyen d'investigation. Malheureusement, ainsi que je l'ai déjà signalé, M. Pronier a réuni toutes les variétés décrites sous ce vocable, et je me vois, par là, dans l'obligation de me priver de son concours, qui m'eût été précieux, car la folie imposée, la simultanée et la communiquée diffèrent entre elles.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JANVIER 1894

Présidence de MM. CHRISTIAN et AUGUSTE VOISIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

A propos du procès-verbal.

M. RITTI se fait l'interprète de la Société pour adresser des félicitations à MM. Christian et Paul Garnier, nommés chevaliers de la Légion d'honneur, et à MM. Vallon, Séglas, Marie et Calixte Rongé, qui ont obtenu des prix à l'Académie de médecine.

Installation du bureau.

M. CHRISTIAN. — Messieurs et chers collègues, en venant, selon l'usage, vous rendre compte de notre activité pendant l'année 1893, j'ai pour premier devoir de donner un souvenir à ceux qui nous ont quittés.

Nous avons perdu quatre membres titulaires. Deux d'entre eux, MM. Blanche et Delasiauve, restaient seuls parmi nous des fondateurs de la Société; jusqu'au dernier jour, ils sont venus à nos séances, et se sont intéressés à nos travaux. Fidèles aux dieux de leur jeunesse, ils avaient gardé intactes les doctrines de cette école psychologique qui a jeté un si vif éclat, et qui a eu le mérite de poser en quelque sorte les fondements de notre science. Ils avaient bien vu les changements qui s'opéraient autour d'eux; les idées nouvelles qui ébranlaient l'édifice dans lequel ils avaient vécu ne purent modifier leurs convictions, et l'un d'eux, M. Blanche, me disait un jour, non sans une pointe d'amertume: « Je continue d'aller aux séances de la Société médico-psychologique; mais, en vérité, je ne comprends plus le langage qu'on y

parle. » Notre vieux maître exagérait sans doute ; mais cette boutade montrait bien à quelle profonde transformation il avait assisté.

Pareille expérience sera la nôtre, si nous vivons autant que nos deux collègues ; car la science ne progresse qu'en se transformant sans cesse.

M. Ball, qui a succombé après une longue et pénible maladie, à un âge peu avancé encore, avait eu le périlleux honneur d'inaugurer à la Faculté l'enseignement des maladies mentales. Vous savez le succès qu'ont en ses leçons et l'auditoire nombreux et charmé qu'il a su attirer autour de sa chaire de Sainte-Anne.

Pichon, enfin, était un de nos collègues les plus jeunes ; il n'était des nôtres que depuis quelque temps. Il est mort bien avant d'avoir pu donner sa mesure ; mais les travaux qu'il avait déjà publiés, le labeur acharné auquel il se livrait, permettaient d'augurer pour lui un brillant avenir.

Étoc-Demazy et Labitte étaient membres correspondants : Le premier s'est éteint, chargé d'années, dans la retraite où il se reposait des fatigues de sa longue carrière. Labitte, après avoir connu toutes les joies et toutes les jouissances du succès, est mort triste et découragé, loin de cette maison de Clermont qu'il pouvait en quelque sorte considérer comme son œuvre, et d'où les événements l'avaient banni.

Nous avons perdu aussi quatre de nos associés étrangers, MM. Freze, Lubelski, Cramer et Solivetti.

Ces vides ont été rapidement comblés ; vous avez, dans votre dernière séance, admis comme associés étrangers deux savants connus par de remarquables travaux, MM. Tuczek et Naecke.

Vous avez également donné le titre de membre correspondant à trois jeunes collègues, dont vous avez pu apprécier les titres sérieux et pleins de promesses pour l'avenir, MM. Lwoff, Vigouroux et Larroussinie.

Enfin, nos quatre titulaires disparus ont été remplacés par MM. Febvre, médecin en chef de Ville-Evrard ; Sérieux, médecin-adjoint de Villejuif ; Klippel, chef de laboratoire, et Pactet, chef de clinique à Sainte-Anne. Je n'ai pas à vous rappeler tous les droits qu'avaient ces collègues à vos suffrages ; je leur souhaite la bien-

venne et me plais à espérer qu'ils manifesteront leur ardeur, non seulement dans la sphère de leurs travaux professionnels, mais surtout dans le sein de notre Société.

Aujourd'hui, messieurs, notre cadre est complet; nous comptons 48 membres titulaires. Espérons que de longtemps ce chiffre ne sera pas diminué.

Le nombre de nos membres honoraires est de 8, celui des correspondants de 85. Enfin nous avons 115 associés étrangers. Ces chiffres parlent assez haut, le dernier surtout; il montre en quelle estime est tenue la Société médico-psychologique et combien nos confrères de l'étranger tiennent à honneur d'en faire partie.

Mais de là aussi, messieurs, l'obligation pour nous de redoubler d'efforts pour maintenir à la Société son haut renom scientifique. Depuis qu'elle existe, c'est à cette tribune qu'ont été discutées toutes les grandes questions intéressant la pathologie mentale. Ceux que notre histoire intéresse n'auront qu'à feuilleter le précieux recueil qui s'intitule les *Annales médico-psychologiques* : ils verront avec quelle ampleur, quelle largeur d'idées, quelle science profonde, les maîtres que nous avons encore connus pour la plupart sont venus exposer leurs théories sur les hallucinations, les folies raisonnantes, les folies héréditaires, les classifications, et tant d'autres. Vous verrez que la vivacité et l'ardeur des discussions n'ont jamais empêché les discussions de rester courtoises, de façon à ne laisser que d'agréables souvenirs à ceux même dont l'opinion n'avait pas triomphé. N'est-ce pas ce qui nous est arrivé à nous-même dans nos luttes récentes sur le délire chronique ?

J'espère que nous reverrons de pareilles séances; c'est une condition de vie pour une société, et nul assurément ne voudrait nous voir tomber dans un marasme qui serait pire que la mort. Songez qu'il y a un demi-siècle, vers l'époque où la Société médico-psychologique a été fondée, l'on ne trouvait à Paris qu'une dizaine à peine de médecins s'occupant sérieusement des maladies mentales; autant peut-être en province. Mais ces hommes avaient le feu sacré; beaucoup sont devenus des maîtres. Ils ont travaillé sans se lasser, et ils nous ont légué un héritage que notre devoir est d'agrandir. Cela me paraît facile

quand je considère tous les éléments que renferme notre Société aujourd'hui ; car, à côté des maîtres éprouvés et incontestés, je vois ici une foule de jeunes collègues qui aspirent eux aussi à devenir des maîtres et dont nous serons heureux de saluer les succès.

Cette année, je dois le dire, nous avons été favorisés : l'un des nôtres a été reçu membre de l'Académie de médecine, et vous avez applaudi à cette juste consécration des travaux de M. Magnan. Un autre de nos collègues a recueilli l'héritage du professeur Ball ; nul doute que, dans la chaire de Sainte-Anne, M. Joffroy ne sache maintenir les traditions de l'enseignement clinique et leur donner un éclat nouveau.

Faut-il vous rappeler encore les noms des collègues récompensés, soit à l'Académie de médecine, soit à l'Académie des sciences ? Vous êtes habitués à retrouver parmi les noms des lauréats ceux de MM. Vallon, Séglias, Sollier, d'autres encore, et vous n'êtes pas étonnés de voir leurs travaux justement appréciés.

Il est une distinction à laquelle vous avez tous applaudi : c'est cette croix d'officier de la Légion d'honneur qui a récompensé en M. Motet le médecin légiste dont les rapports font autorité, et qui a été pendant de longues années notre aimable et actif secrétaire général.

Messieurs, je crains d'être trop long, et cependant je dois vous signaler encore les travaux qui ont occupé nos séances, les observations que MM. Toulouze, Arnaud, Jules Voisin, nous ont apportées pour éclairer divers points du *délire des négations* ou du *délire des persécutions* ; le travail intéressant de M. Lefilliâtre sur cette question toujours controversée des *rapports de la syphilis et de la paralysie générale* ; les faits curieux de *mélancolie chez la femme par suite de la stérilité du mari*, que nous a rapportés M. Aug. Voisin ; les remarques de M. Joffroy sur le *réflexe pharyngien chez les paralytiques généraux*, le rapport médico-légal si intéressant que nous a communiqué M. Garnier.

Je dois vous parler aussi de nos concours de prix qui, cette année, ont attiré un grand nombre de concurrents et nous ont permis de récompenser des travaux sérieux.

Enfin, je devrais vous dire quelques mots du Congrès de La Rochelle, si admirablement organisé par notre con-

frère le D^r Mabile, et qui a laissé les meilleurs souvenirs à tous ceux qui y ont pris part. Les congrès annuels de médecine mentale, dont l'idée avait surgi au Congrès international de 1889, ont réussi au delà de ce que pouvaient espérer ceux mêmes qui en ont été les promoteurs; leur utilité n'est plus douteuse, quand ce ne serait que de permettre à des confrères venus de toutes les parties de la France de se rencontrer avec d'autres confrères s'occupant des mêmes études. Le Congrès de La Rochelle a apporté quelques modifications à l'organisation primitive: il a élargi le cadre en ajoutant aux maladies mentales la neurologie; il a voulu affirmer son autonomie, en secouant toute ingérence de la Société médico-psychologique, et en n'admettant plus que le président de cette Société soit appelé en quelque sorte de droit à présider le Congrès, comme l'habitude s'en était établie. Ces modifications n'empêcheront pas les congrès annuels de prospérer; elles n'empêcheront pas non plus la Société médico-psychologique de continuer à s'intéresser à eux, comme une mère s'intéresse à ses enfants, même après qu'ils sont émancipés.

Un dernier devoir me reste à remplir, celui de vous remercier du fond du cœur de m'avoir appelé à présider vos séances; c'était assurément le plus grand honneur que je puisse ambitionner. Vous m'avez rendu la tâche si facile et si agréable que je serais un ingrat, si je quittais sans regret ce fauteuil où pendant un an vous avez fait de moi le *primus inter pares*.

Je n'ai plus à vous faire l'éloge des membres du bureau: vous avez été bien souvent à même d'apprécier le zèle et le dévouement de notre secrétaire général, de nos deux secrétaires annuels; je les remercie cordialement du concours qu'ils m'ont donné.

Je cède le fauteuil à mon excellent collègue M. Auguste Voisin, et, descendu des hauteurs où votre bienveillance m'avait porté, je vais reprendre ma place dans les rangs, où je resterai un membre dévoué entièrement à la Société.

M. AUGUSTE VOISIN. — Mes chers collègues, en prenant possession du fauteuil de président, je tiens à vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait.

Vous trouverez en moi tout le zèle, toute la volonté

de bien faire dont je suis capable. Ce n'est pas après trente ans de présence aux séances de la Société, depuis 1862, que vous pourriez douter de mon affection pour elle et de mon souci de ses intérêts et de sa prospérité.

Je ne saurais oublier que sa noblesse oblige beaucoup son président ; j'ai vu en effet, à cette tribune et sur ces bancs, Calmeil, Maury, Bnchez, Janet, Morel, Ad. Garnier, Parchappe, Cerise, Brierre de Boismont, Foville, Lasègne, Moreau (de Tours), etc...

J'ai assisté à la discussion sur Gheel, sur la responsabilité partielle, sur la séquestration des alcooliques et la paralysie générale, sur l'épilepsie larvée, l'agoraphobie, sur la folie raisonnante, sur les aliénés dangereux, sur les prétendues séquestrations illégales, etc...

Si nous avons perdu la plupart de ces maîtres, nous avons recruté une phalange d'hommes jeunes et pleins d'ardeur, qui apportent déjà dans nos discussions la maturité scientifique ; aussi, je ne doute pas que l'année 1894 ne soit aussi féconde que ses devancières en lectures et en discussions intéressantes.

Vous n'oublierez pas, messieurs, que cette année verra probablement veur en discussion le nouveau projet de loi sur les aliénés, et que nous devons, chacun dans notre sphère d'influence et d'action, ne pas laisser mettre en suspicion la mémoire honorée de médecins légistes nos maîtres.

En terminant, je donne l'accolade à notre président sortant, le D^r Christian, qui a si bien dirigé nos travaux en 1893, et j'espère la bienvenue à notre vice-président, Paul Moreau (de Tours), fils d'un maître qui est un de ceux qui ont le plus illustré la science mentale.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Tuzek et Næcke, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants étrangers ;

2° Une lettre de M. le D^r Bournet, sollicitant le titre de membre correspondant. La Commission est composée de MM. Christian, Dagonet et Dubuisson, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Maupaté, sollicitant le titre de

membre correspondant. La Commission est composée de MM. Febvré, Legrain et Marandon de Montyel, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Gorodichze, sollicitant le titre de membre correspondant. La commission est composée de MM. J. Voisin, Pactet et Ballet, rapporteur.

5° Une lettre de M. le D^r Martin, sollicitant le titre de membre associé étranger. La Commission est composée de MM. Falret, Bouchereau et Séglas, rapporteur ;

6° Une invitation au huitième Congrès d'hygiène et de démographie de Budapest.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les *Annales de Psychiatrie*, numéros de décembre 1893 et janvier 1894 ;

2° *Revue de l'hypnotisme*, numéros de décembre 1893 et janvier 1894 ;

3° Un volume de travaux de la Faculté de médecine du Japon, qui contient un travail de M. Koganei sur l'anthropologie physique des Ainos.

Buste de Baillarger.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la lettre suivante adressée par le Directeur général de l'Assistance publique au directeur de la Salpêtrière :

Paris, 15 janvier 1894.

Monsieur le Directeur,

Sur l'avis conforme émis par le conseil de surveillance dans sa séance du 28 décembre dernier, j'ai décidé que le buste du D^r Baillarger, que la Société médico-psychologique de France a offert à l'administration, serait placé, ainsi que cette Société en a exprimé le désir d'accord avec MM. les chefs de service de santé de la Salpêtrière, dans la cour d'entrée de l'hospice, à la pointe de la grande pelouse de gauche.

Je vous prie d'en donner avis à MM. les médecins et chirurgiens de l'hospice de la Salpêtrière.

Vous voudrez bien d'autre part vous entendre avec M. le président de la Société médico-psychologique de France au sujet de la remise du buste du D^r Baillarger et prendre en ce qui vous concerne les mesures nécessaires pour le recevoir et le faire déposer à l'endroit ci-dessus désigné. Il ne devra en résulter pour l'administration aucuns frais, la Société médico-

psychologique s'étant engagée à prendre à sa charge tous les travaux d'installation nécessaires.

Recevez, etc.

Signé : E. PEYRON.

A cette lettre, M. le président s'est empressé d'adresser à M. le Directeur général les remerciements de la Société médico-psychologique, « heureuse que l'Administration rende hommage à la mémoire d'un des plus illustres représentants de la science mentale française ».

Ces documents sont renvoyés au Comité du buste de Baillarger, chargé de prendre les dernières dispositions et de s'entendre avec l'administration pour la date du jour de l'inauguration.

Prix Esquirol.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, cette année, un seul mémoire a été envoyé pour le prix Esquirol. Il a pour titre : *Considérations cliniques sur l'étiologie et la nature de l'épilepsie tardive chez l'homme*, et pour épigraphe, les phrases suivantes empruntées à M. Christian : « Il n'existe qu'une seule et même épilepsie, toujours une et identique à elle-même. Toutes les fois que l'attaque épileptique se produit, le cerveau est modifié d'une seule et même façon. »

La Commission du prix Esquirol est composée de MM. Bouchereau, Falret, Klippel, Mitivié et Ritti.

Réflexes pharyngien et massétérin dans la paralysie générale.

M. PAUL SOLLIÉ. — Messieurs, M. le professeur Joffroy a présenté, dans l'avant-dernière séance, quelques remarques au sujet du réflexe pharyngien chez les paralytiques généraux. Comme pour le réflexe patellaire, il a rencontré tantôt sa conservation, tantôt sa diminution, tantôt son abolition. Quant au rapport entre l'état du réflexe pharyngien et du réflexe patellaire, il pensait qu'on ne peut établir entre eux aucun parallélisme. Au moment où il nous faisait cette communication, j'étais en train de dresser de mon côté, sur ses conseils, une statistique du réflexe pharyngien des paralytiques géné-

raux du service de la clinique de Sainte-Anne. J'ai ajouté à cette recherche celle du réflexe massétériu, qui n'a encore fait l'objet d'aucune étude, que je sache, et j'ai en même temps recherché s'il existait un rapport quelconque entre ces deux réflexes, ou avec les réflexes rotuliens et pupillaires.

Mes recherches ont porté sur 33 paralytiques généraux, dont 9 femmes et 21 hommes. Voici les chiffres auxquels je suis arrivé :

Le réflexe pharyngien était aboli 10 fois (4 femmes, 6 hommes), soit 30 0/0 ; il était diminué 8 fois (2 f., 6 h.), soit 24 0/0 ; il était conservé 15 fois (3 f., 12 h.), soit 45 0/0. Ce réflexe est donc aboli ou diminué dans plus de la moitié des cas.

Le réflexe massétériu n'était aboli dans aucun cas. Il était diminué 4 fois, soit 12 0/0, et conservé 29 fois, soit 87 0/0.

Si nous comparons maintenant l'état des réflexes rotuliens et pupillaires chez les mêmes malades, nous voyons :

Le réflexe pupillaire était diminué, soit à l'accommodation, soit à la lumière, soit le plus souvent aux deux, 23 fois, soit 69 0/0 ; il était conservé pour les deux modes 7 fois, soit 21 0/0. Dans 3 cas il était impossible de le contrôler, par suite de l'état mental des malades.

Quant au réflexe rotulien, nous l'avons rencontré, exagéré, 15 fois (5 f., 10 h.), soit 45 0/0 ; aboli, 7 fois (2 f., 5 h.), soit 21 0/0 ; diminué, 2 fois (2 h.) soit 6 0/0 ; conservé, 9 fois (2 f., 7 h.), soit 27 0/0.

Il résulte de ces chiffres que le réflexe rotulien est de beaucoup le plus atteint de tous les réflexes chez les paralytiques généraux, puisqu'il est, soit exagéré, soit aboli ou diminué, modifié en tout cas d'une façon quelconque dans 27 0/0 des cas. Mais il est près de 2 fois plus souvent exagéré (45 0/0). Il se rencontre aussi souvent conservé qu'aboli ou diminué (27 0/0).

Après lui vient le réflexe pupillaire, qui n'est conservé dans ses deux modes de réaction que dans 21 0/0 des cas, et diminué dans 69 0/0.

Le suivant de près, le réflexe pharyngien se montre aboli ou diminué dans 54 0/0 des cas, avec plus grande fréquence de l'abolition.

Le réflexe massétériu, au contraire, est celui qui semble le plus résistant, puisqu'il est conservé dans 87 0/0 des cas, et n'est jamais aboli.

Nous avons cherché en outre quels rapports l'état du réflexe pharyngien pouvait avoir avec celui des autres réflexes. Voici les résultats de nos investigations :

Dans 10 cas où le réflexe pharyngien était aboli, le rotulien s'est montré aboli 1 fois, normal 4 fois, exagéré 5 fois ; le réflexe pupillaire était normal 1 fois, et diminué 9 fois ; le réflexe massétériu était normal 9 fois, diminué 1 fois.

Dans les 15 cas où le réflexe pharyngien était normal, le réflexe rotulien s'est montré normal 4 fois, aboli 3 fois, diminué 2 fois, et exagéré 6 fois ; le réflexe pupillaire normal 4 fois, diminué ou impossible à contrôler 11 fois ; le réflexe massétériu normal 13 fois, et diminué 2 fois.

Dans les 8 cas où le réflexe pharyngien était diminué, le réflexe rotulien s'est montré aboli 3 fois, exagéré 4 fois et normal 1 fois ; le réflexe pupillaire, diminué 6 fois, normal 2 fois ; le réflexe massétériu, diminué 2 fois, normal 6 fois.

De l'examen de ces statistiques il résulte qu'il n'existe absolument aucun parallélisme entre les divers réflexes chez les paralytiques généraux. En outre, la diminution ou l'abolition du réflexe pharyngien n'implique pas que la maladie soit à un stade plus avancé, car cette abolition peut coïncider avec un état normal des autres réflexes, même du réflexe pupillaire, en même temps que sa conservation peut aller avec une diminution du réflexe massétériu, le moins fréquemment atteint cependant dans la paralysie générale.

J'ai cherché enfin s'il y avait une relation quelconque entre le trouble du réflexe pharyngien et l'ancienneté de la paralysie générale. Il n'en existe aucune. En effet, dans les 15 cas où le réflexe était conservé, il s'agissait de paralysies générales datant toutes de plus d'un an. La majorité avait 2 ans de date (4 cas), 3 ans (6 cas), (4 ans (1 cas), 8 ans (1 cas), tandis qu'il n'y avait qu'un seul cas datant seulement d'un an.

Dans les 10 cas où il était aboli, le début remontait à 1 an dans 3 cas, à 2 ans dans 4 cas, et respectivement

à 4 et 5 ans dans les 3 derniers cas. Enfin, dans les 8 cas où il n'était pas diminué, le début remontait à 6 mois ou 1 an dans 3 cas, et respectivement à 3, 4, 5, 7 et 11 ans dans les 5 derniers cas.

Il résulte de là qu'au bout de 2 ans de durée, le réflexe pharyngien s'est montré normal dans plus de la moitié des cas. Sur les 17 cas ayant débuté depuis plus de 2 ans, il était en effet aboli 3 fois seulement, diminué 5 fois, et au contraire conservé 9 fois.

Il semble en outre que lorsqu'il doit être atteint, il l'est dès les premiers temps de la maladie. Car les cas de paralysie générale remontant à moins de 2 ans représentent les $\frac{2}{3}$ des cas où il était aboli, le $\frac{1}{3}$ de ceux où il était diminué et les $\frac{2}{5}$ de ceux où il était normal. C'est, à ce qu'il me semble, la seule conclusion à tirer de ces chiffres.

Il ne paraît pas en être tout à fait de même du réflexe massétérin. Les cas où il était diminué sont presque tous d'ancienne date. Sauf un où le début remonte seulement à 6 mois, l'ancienneté des autres est de 5, 7 et 8 ans. Mais la statistique est trop restreinte pour qu'on puisse rien préciser à cet égard.

J'ajouterai qu'aucun des malades examinés n'était soumis à une médication capable d'altérer la sensibilité réflexe du pharynx.

En résumé : 1° Par ordre de fréquence, les réflexes se montrent altérés de la façon suivante dans la paralysie générale, réflexe rotulien (72 0/0), réflexe pupillaire (79 0/0), réflexe pharyngien (54 0/0), réflexe massétérin (12 0/0). Le trouble du réflexe pharyngien ne peut guère avoir de valeur au point de vue du diagnostic, étant donnée son abolition fréquente dans nombre d'autres maladies.

2° Il n'existe aucune corrélation entre l'état de ces divers réflexes.

3° Il n'existe non plus aucun ordre déterminé dans l'apparition des troubles qui peuvent les atteindre.

Leur présence ou leur absence n'ont donc aucune signification au point de vue du pronostic.

4° Il n'y a aucun parallélisme entre les modifications diminutives des réflexes et l'évolution de la paralysie générale.

M. JOFFROY. — Les conclusions de M. Sollier me paraissent exactes pour les différents réflexes, mais non en ce qui concerne les réflexes pupillaires, qui ont une tendance à se modifier avec le temps. Il y a donc une légère réserve à faire à cet égard.

M. AUGUSTE VOISIN. — Je crois que M. Sollier n'a pas suffisamment insisté sur l'examen des réflexes suivant les différentes périodes.

M. SOLLIER. — Le but de ma communication était surtout d'établir qu'il n'y avait pas de parallélisme entre l'état des différents réflexes. Je n'avais pas un nombre de cas suffisant pour pouvoir faire une comparaison des réflexes suivant les différentes périodes de la maladie.

M. BALLEZ. — On trouve des renseignements très complets sous ce rapport, en ce qui concerne les réflexes rotuliens et oculaires, dans la thèse de M. Renaut, qui a examiné près de quatre cents paralytiques généraux. Je fais toutefois des réserves au sujet de ses conclusions sur les réflexes oculaires, car il n'a tenu compte que de leur abolition et non de leur diminution. Les malades n'ayant pas été suivis, on n'a pas les modifications des réflexes chez le même sujet suivant les périodes de sa maladie, mais seulement l'état des réflexes dans les cas de un, deux, trois ans, etc., etc., de durée. Pour moi, il n'y a pas de règle fixe. Il arrive que des réflexes, diminués au début, augmentent ensuite, tantôt d'un côté, tantôt des deux. On les voit quelquefois exagérés au début, puis abolis, d'un côté d'abord, puis bilatéralement.

C'est même là un caractère de la paralysie générale que cette unilatéralité des troubles des réflexes, qu'on ne retrouve pas chez les tabétiques où il y a toujours bilatéralité.

M. CHRISTIAN. — D'après mon expérience, on a des résultats contradictoires chez le même paralytique examiné à différentes périodes. L'abolition des réflexes, comme le dit M. Sollier, n'est pas en relation avec la progression de la maladie. Je ne crois pas qu'il y ait de règles fixes à cet égard. Il faut sans doute en rechercher la cause dans les troubles cérébraux qui peuvent survenir.

M. MARANDON DE MONTYEL. — Je crois que ce qui manque surtout, ce sont des malades suivis pendant plusieurs années. J'ai un nombre assez considérable de malades observés depuis trois ans, où six réflexes ont été notés. Je les communiquerai à la prochaine séance.

M. JOFFROY. — Depuis quinze ans j'avais étudié la question des réflexes dans la paralysie générale et j'ai pu suivre un certain nombre de cas. J'ai vu des malades chez lesquels il y a eu des modifications telles que la perte des réflexes était remplacée par leur exagération, et plus rarement l'inverse. Ce que j'ai vu nettement, ce sont des malades entrant dans la paralysie générale avec une perte absolue du réflexe patellaire, et qui, revus plus tard, avaient encore la même abolition des réflexes. De même des malades, ayant à la première période de l'exagération des réflexes, la conservaient jusqu'à la fin. Il n'y a aucune règle à établir au point de vue des périodes. Il y a des malades qui sont pris, et ne peuvent qu'être pris pour des tabétiques ; d'autres, chez lesquels il semble qu'il y ait sclérose des cordons latéraux ; d'autres, enfin, chez lesquels les réflexes se modifient suivant l'apparition des lésions médullaires. On ne saurait établir aucune loi générale.

Des obsédés anxieux sans tare névropathique héréditaire ou acquise, tout au moins pendant le jeune âge.

M. GORODICHZE. — Permettez moi tout d'abord de remercier l'honorable président de la gracieuse autorisation qu'il a bien voulu me donner de prendre la parole à la tribune de votre savante société.

La communication que je me propose de vous faire n'a pas à mes yeux une grande importance scientifique ; mais elle présente cependant quelques points intéressants que je m'efforcerai de faire ressortir ici.

Il est incontestable qu'en médecine mentale, chaque fois que l'on se trouve en présence de ce qu'on est convenu d'appeler, depuis M. Magnan, syndrome épisodique de la dégénérescence, la recherche étiologique conduit dans la grande majorité des cas à la constatation d'une tare névropathique des ascendants. Les déficiences neuro-psychiques des générateurs impriment presque

toujours un cachet spécial à la façon de réagir du système nerveux des descendants. Leur réflexivité psychique se trouve plus ou moins fortement exagérée : la décharge nerveuse suit presque aussitôt l'excitation périphérique et le stade central, ganglionnaire de l'arc réflexe qui est exprimé en terme de psychologie par l'association des idées, est si court, si instantané, que le cerveau semble être privé de son pouvoir modérateur, de son action d'arrêt, tout comme s'il s'agissait du réflexe médullaire d'un animal décapité. C'est le caractère commun, le trait essentiel de toute l'activité psychique des dégénérés héréditaires, qu'ils appartiennent à la catégorie des obsédés, des impulsifs ou des émotifs.

Ce même stigmatisme psychique se rencontre également chez certains individus en dehors de toute espèce d'hérédité névropathique, toxique ou syphilitique, mais chez lesquels on trouve cependant dès le jeune âge des signes de déséquilibre mental.

Cette forme acquise de dégénérescence n'est pas tout à fait exceptionnelle : j'ai donné mes soins à une dame d'une quarantaine d'années, atteinte du délire du doute et du toucher à sa plus haute expression, et où l'hérédité ne peut certes pas être invoquée comme cause étiologique. Le terrain nerveux sur lequel est venu se greffer son délire y est devenu propice par suite des causes purement accidentelles : allaitements multiples et prolongés, gros chagrins, surmenage physique ; mais elle apportait déjà en venant au monde une certaine fragilité nerveuse, contractée pendant la vie intra-utérine : c'est une enfant naturelle dont la mère, abandonnée par le coupable, était dans de très mauvaises conditions morales pendant tout le cours de la grossesse.

Mais ce que je veux surtout établir ici, c'est qu'on voit, plus rarement il est vrai, des individus également non héréditaires, arriver jusqu'à l'âge adulte, trente, quarante ans ou même plus, sans jamais avoir présenté la moindre anomalie mentale et qui, sous l'influence de surmenage physique ou moral, font une variété quelconque de délire émotif à caractère de dégénérescence.

Je compte parmi mes clients un monsieur de cin-

quanti-quatre ans, obsédé continuellement depuis six ans par la peur d'être poussé au suicide et chez lequel non seulement vous chercherez en vain une tare névropathique des ascendants, mais qui jusqu'à l'âge de quarante-deux ans, époque à laquelle il devint simplement neurasthénique par suite de gros chagrins domestiques, n'a présenté le moindre caractère névropathique.

M. L..., dont je vais vous rapporter l'observation en détail, n'accuse non plus une hérédité pathologique quelconque. Son obsession est très simple, bien peu complexe. C'est une variété d'obsession rare, elle est bien limitée et présente un caractère purement professionnel, comme vous allez le voir.

Mon malade a trente-sept ans. Il est depuis cinq ans coiffeur au Grand-Hôtel. Il est troisième d'une nombreuse famille, sept frères et sœurs, dont l'un est mort de pleurésie tuberculeuse et tous les autres bien portants sans tare névropathique. Ses grands-parents maternels et paternels sont morts en âge très avancé. Père sobre, mort à soixante-cinq ans d'hémorragie cérébrale, et mère âgée actuellement de soixante et onze ans, est encore très robuste ; pas de crise nerveuse et également sobre. Rien à noter chez les collatéraux.

M. L... est un bon ouvrier habile, sobre et rangé, nullement impressionnable. Dyspepsie tabagique, fumait jusqu'à cinquante cigarettes par jour. Pendant son service militaire, pleurésie pour laquelle il fut réformé et, en 1889, influenza grave dont il guérit cependant sans difficulté. Vers le commencement de 1892, contracte une liaison avec une jeune femme qui le fatigue, fait des excès de coït, mène une vie irrégulière, se couche tard, obligé de se lever de bonne heure le lendemain et, au bout de six mois de cette vie de surmenage, commence à ne plus pouvoir bien dormir les nuits : insomnies, rêves, cauchemars. Devient nerveux, impressionnable. Maux de tête et sensation de casque. Rachialgie. Faiblesse dans les jambes, douleurs dans les reins. Impuissance génitale. C'est le tableau en un mot de la neurasthénie légère.

Vers le milieu du mois de décembre 1892, en servant un client un peu bourru, mais qu'il connaissait cependant, il fut pris, à la suite d'une observation faite par

celui-ci à haute voix, d'un tremblement de la main droite avec impossibilité de continuer à le servir, obligé de le passer à un de ses collègues. La main se trouvait ensuite comme paralysée, collée sur la figure du client, dont la moitié était déjà faite, et le tout accompagné d'un sentiment d'angoisse : bouffée de chaleur, constriction à la gorge et à l'épigastre, oppression, palpitations très fortes, gouttes de sueur à la figure, défaillance dans les genoux, comme si on lui avait coupé les jarrets. Se laisse tomber sur un siège et, au bout de quelques minutes, peut de nouveau reprendre son travail, comme si rien ne s'était passé, avec un léger reste toutefois de lassitude générale. Sur ces entrefaites, sa maîtresse l'abandonne. Il en conçoit un très vif chagrin, nouvelle cause déprimante, cette fois morale, — mais en revanche reprend sa vie d'antan, régulière, rangée et tranquille.

Néanmoins, à partir de ce moment, commence à être très préoccupé de l'avenir : son gagne-pain va lui échapper, il va être jeté sur le pavé de Paris, sans ressources, sans santé, la misère le guette. Chaque fois qu'il entend la porte du salon de coiffure s'ouvrir, il tressaille, se demande avec anxiété : « Quelle tête va-t-il avoir, le client qui vient ? » Car tous les clients ne l'impressionnent pas indifféremment. Pendant qu'il les sert, il épie leurs regards, leurs gestes, surveille avec anxiété l'expression de leur figure et, à l'idée qu'il va les couper peut-être et qu'ils vont s'en plaindre au patron, qui ne manquera pas alors de le congédier, lui, qui est à la maison depuis cinq ans, la crise émotive l'envahit. S'il lui arrive de rester quelquefois un ou deux jours sans défaillir, par contre, le plus souvent, il a cinq ou six crises par jour. Il cherche à se ressaisir, à vaincre l'émotion qui va le gagner à la vue soit des clients inconnus aux traits durs et sévères, soit des personnages très importants de Paris qui forment la clientèle habituelle de la maison. Mais en vain ! Ce n'est que le rasoir à la main que l'obsession amène l'angoisse ; jamais quand il se sert des ciseaux.

Il a consulté trois médecins différents qui, tous, le rassuraient de leur mieux ; mais la fréquence des crises et l'intensité des symptômes neurasthéniques augmen-

taient. Bromures, douches, séjour à la campagne, électrisation statique, rien n'y fit. C'est alors qu'un confrère de mes amis, le D^r Piquantin, a bien voulu m'en adresser.

Il vint me trouver le 21 septembre 1893.

Après m'être fait raconter en détail son état et après examen somatique (pas de rétrécissement du champ visuel, intégrité des réflexes accommodateur et lumineux, absence de troubles sensitivo-sensoriels, pas de tremblement des mains), je proposai au malade la suggestion hypnotique comme moyen de traitement. Je ne me sentais pas assez « fort » vis-à-vis de lui pour tenter la suggestion à l'état de veille et j'avoue que je n'en espérais pas grand résultat. Elle avait été déjà employée avant moi, sans succès, par les autres confrères, tant sous forme d'encouragements multiples et variés, que sous forme de thérapeutique suggestive matérialisée : douches, bromure, etc.

Il est venu chez moi, en tout, juste neuf fois. Je l'ai revu le 18 janvier 1894, et il est guéri.

M. L... est légèrement hypnotisable, rien qu'anesthésie et catalepsie comme signe d'hypnose. Pas d'amnésie au réveil, ni possibilité de provoquer des hallucinations hypnotiques ou post-hypnotiques. Du reste je n'ai pas poussé l'entraînement plus loin. Non seulement je juge inutile, au point de vue curatif, d'exagérer outre mesure la suggestibilité du sujet, mais je la condamne absolument.

La suggestion, comme moyen thérapeutique, est une arme à deux tranchants. Il faut s'en servir avec certaine précaution, avec un tact qu'on n'acquiert qu'à la longue, si on ne veut pas appliquer un remède pire que le mal.

En effet, ces malades sont tous pour la plupart très suggestibles déjà par eux-mêmes et si, au lieu de combattre *uniquement* leur obsession, vous déterminez ou cherchez à déterminer expérimentalement des troubles sensitivo-sensoriels, psychiques, moteurs ou autres, vous allez ainsi à l'encontre de ce que vous voulez combattre, en étendant leur sphère de suggestibilité. Voilà pourquoi, chez un certain nombre de malades naturellement très suggestibles, je les désuggestionne pour ainsi dire en leur apprenant à résister, et je cherche en même temps

à concentrer toute leur énergie psychique sur la disparition de l'obsession.

C'est guidé par ces principes que j'ai été assez heureux de guérir un certain nombre de malades justiciables de la psychothérapie, sans pouvoir me reprocher d'avoir créé, tout en voulant bien faire, une névrose artificielle.

Pendant tout le traitement qui a exigé en tout neuf séances, M. L... n'a eu qu'une crise d'angoisse, le 23 novembre 1893. Il conserve cependant, m'a-t-il avoué, encore une certaine appréhension devant des clients qui avaient déterminé chez lui dans le temps une crise, appréhension qui se dissipe aussitôt qu'il les prend en mains. Le résultat heureux du cas de M. L... doit-il être attribué à ce qu'il n'est pas un dégénéré héréditaire? Je ne le pense pas. Au mois de juillet dernier, j'ai raconté à la Société d'hypnologie la guérison par suggestion d'une femme de trente-six ans, claustrophobe depuis dix ans, dont le père est mort de paralysie générale à Ville-Evrard et dont la mère, dégénérée héréditaire elle-même, avait eu une bouffée de mélancolie ayant duré trois mois.

Je me suis étendu un peu trop longuement peut-être, mais j'ai tenu à bien mettre en lumière, tant la nature *acquise* de l'obsession et son caractère *professionnel*, que le *succès thérapeutique*.

Mon excellent maître et ami, M. Ballet, auquel j'avais raconté un jour l'histoire de ce malade, m'avait fait espérer qu'elle pourrait intéresser la Société médico-psychologique.

M. BRIAND. — M. Gorodischze a intitulé ses observations « névropathie sans tare névropathique héréditaire ». Or, il parle d'un ascendant atteint d'hémorragie cérébrale. De plus, c'est un enfant naturel, et on n'a pas de renseignements sur son père.

M. GORODISCHZE. — Il est évident qu'on ne peut affirmer absolument l'absence de tares héréditaires. Toutefois, dans ce cas particulier, j'ai pris mes renseignements avec les plus minutieux détails. Quant à l'hémorragie cérébrale, je ne crois pas qu'elle constitue une tare névropathique. En outre, il y a sept frères et sœurs qui sont normaux.

M. BALLET. — Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est de savoir si un individu n'ayant présenté aucune tare physique, intellectuelle ou morale, peut arriver à avoir des obsessions, comme un individu taré héréditairement, si, en un mot, l'obsession peut tenir à autre chose qu'à la dégénérescence. Mais outre que cet homme n'a pas d'antécédents héréditaires, il n'a non plus aucun stigmate de dégénérescence intellectuelle ou morale. On décrit bien des obsessions chez les neurasthéniques, mais la neurasthénie peut-elle en créer sans dégénérescence ?

M. ARNAUD. — Que signifie, dans la première observation, « la fragilité nerveuse » ? A quoi l'a-t-on reconnue, et ensuite sur le compte de quoi la met-on, étant apparue dès la naissance ?

M. GORODISCHZE. — Elle tenait aux mauvaises conditions de la vie intra-utérine.

M. BALLET. — Je n'ai entendu parler que de la seconde observation, celle du coiffeur.

M. BRIAND. — En somme, nous voyons d'une part un cas d'hémorragie cérébrale et de l'autre un enfant naturel, ce qui me paraît constituer des tares.

M. BALLET. — L'hémorragie cérébrale n'est pas une tare nerveuse. Elle ne l'est que si l'enfant a été procréé après qu'elle est survenue, sinon non.

M. JOFFROY. — M. Ballet tranche là une question grave. On pourrait en dire autant du ramollissement cérébral, que je considère plutôt comme une maladie artérielle que cérébrale. Pour l'hémorragie cérébrale, je crois plutôt à une influence nerveuse, à cause de l'hérédité de cette affection, sur laquelle M. Dieulafoy a attiré l'attention.

Je puis citer le cas d'un homme de quarante-quatre ans qui a été frappé dernièrement d'un ictus, et dont le père, le grand-père et l'oncle ont été frappés également d'hémorragie cérébrale. J'accorde donc une certaine valeur comme tare nerveuse à l'hémorragie cérébrale.

M. BALLET. — Le fait que l'hémorragie cérébrale soit héréditaire est indiscutable ; mais cela suffit-il pour la faire rentrer dans les affections nerveuses ? La migraine, l'asthme, la goutte, les hémorroïdes le sont aussi. En faisons-nous des affections névropathiques.

Tout cela appartient cependant à une grande famille, mais ne peut cependant être assimilé.

M. AUGUSTE VOISIN. — Il y a des gens atteints de troubles mentaux à la suite d'hémorragie cérébrale, ou qui ont de la folie au bout d'un certain nombre d'attaques. Je citerai le fameux cas de Sandon qui a eu dix-huit attaques d'hémorragie cérébrale et qui, à la suite de chaque attaque, a été aliéné. Il faut donc regarder l'hémorragie cérébrale comme étant dans une certaine mesure un facteur d'hérédité nerveuse.

M. BALLET. — Le cas de Sandon n'est pas un très bon exemple, quoique très souvent cité ; car Sandon était un fou raisonnant. Les foyers qu'on a retrouvés dans son cerveau semblent avoir été le résultat plutôt que la cause de ses accès d'aliénation.

M. JOFFROY. — Sandon était fou avant d'avoir de l'hémorragie cérébrale. Je crois qu'il y a un rapport entre l'hémorragie cérébrale et la folie, mais que la folie lui donne plus souvent lieu que l'hémorragie à la folie, et en conclusion que l'hémorragie cérébrale a l'importance d'une tare névropathique.

Rapport sur l'ouvrage de M. Azzurri: « Riforme e miglioramenti eseguiti dal 1862 al 1893 nel manicomio di Santa Maria della Pietà in Roma ora Manicomio provinciale. »

M. CHASLIN. — Que dire sur ce livre, si ce n'est ce que nous avons déjà dit à propos des autres travaux de M. Azzurri ? Le zèle le plus grand à réaliser un asile modèle, en tenant compte de toutes les conditions administratives et surtout médicales et hygiéniques, voilà ce que l'on remarque avant tout dans ce compte rendu de l'œuvre nouvelle. Toute l'histoire de l'asile de Rome, depuis l'année 1548, s'y trouve exposée, et toutes les lettres reproduites, que différents aliénistes connus, comme par exemple Brierre de Boismont, ont adressées à l'architecte pendant tout le cours des longues études qu'il a faites pour l'amélioration progressive de cet asile *Santa Maria della Pietà*, à partir de l'année 1862.

Je ne puis entrer dans des détails minutieux qui

échappent à toute analyse. Mais j'attire l'attention sur les plans, tableaux de chiffres, indications de toutes sortes que l'on trouvera réunis. Tout architecte qui voudra construire un *asile-village*, forme la mieux adaptée au traitement des aliénés, devra lire et faire son profit de tout cela, ainsi que l'aliéniste qui aura la charge de donner son avis motivé sur l'organisation et la construction.

J'ai eu la bonne fortune, moi aussi, après Briere de Boismont, Billod, et d'autres encore, de visiter cet asile de Rome, il y a quelques années. L'impression qui m'en est restée est excellente, et je vois par les plans que M. Azzurri a amélioré notablement sa disposition depuis ma visite. La situation est splendide, la vue sur Rome et Saint-Pierre est une des plus belles ; sûrement, si les aliénés pouvaient s'intéresser à autre chose qu'à leur délire, le spectacle qui est sous leurs yeux, le calme qu'on respire (la Maison étant contre les murs et tout près de l'austère et charmante campagne de Rome), devraient leur apporter la consolation dans leurs misères et les distraire de leurs iniquités pathologiques. Malheureusement ce côté des choses leur échappe, et, si le visiteur y est sensible, il ne doit pas lui faire négliger de considérer le rôle plus pratique de l'ensemble. Quelle différence entre le vieux bâtiment, un couvent, reste du maucome primitif de 1862 près du Tibre, et les nouvelles constructions, qui s'étendent à l'aise à l'air libre sur la colline du Janicule !

Ayant déjà longuement insisté, dans mon rapport sur l'asile de Sienne, sur les avantages que présente l'*Asile-Village*, je n'y reviendrai pas. Je veux seulement mettre en relief les frais de construction des différents asiles de France et d'Italie (on doit tenir compte d'ailleurs des prix de toutes choses entre les deux pays) : Sainte-Anne a coûté 6,594,000 francs pour 1,200 malades ; Villejuif, 1,300,000 francs pour 1,400 malades ; Ville-Évrard, 5,600,000 francs pour 1,500 malades ; Vaucluse, 4,310,000 francs pour 910 malades ; en Italie, l'asile de Sienne n'aura coûté que 2 millions de francs pour 1,200 aliénés, avec une superficie de 9 hectares. Je n'ai pas trouvé la somme totale de *Santa Maria*

della Pietà qui, ayant été fait par morceaux, aura probablement coûté un peu davantage. Mais il s'ensuit néanmoins la conclusion que la disposition en village est très économique ; elle permet l'érection de constructions pour ainsi dire élémentaires, dans lesquelles l'hygiène, la propreté et l'aération découlent naturellement de la dispersion dans un vaste terrain. De plus, comme le dit si bien M. Azzurri, *l'art n'a rien à faire là, et le luxe serait un sacrilège*. Le manicomme se développe librement, à peu de frais, en suivant les besoins de la population. C'est l'organisation qui se rapproche le plus de la vie de famille et M. Azzurri, croyant que les manicommes seront toujours indispensables, souhaite de voir peu à peu s'étendre son système. Nous devons aussi le souhaiter pour notre pays : cela pourrait aller de pair avec le traitement des aliénés dans les familles, idée qui commence à faire son chemin ici, malgré la routine, et qui est fort applicable dans un grand nombre de cas, au grand bénéfice de la bourse des malheureux contribuables, que l'on oublie un peu trop quand on parle d'assistance. D'ailleurs, cette assistance dans les familles ou une organisation analogue, M. Azzurri la prône avec éloquence pour les malades ordinaires. Ce n'est pas lui qui admire ces hôpitaux monumentaux où l'air et la lumière sont rares, et qui coûtent si cher. Sûrement, ce n'est pas lui qui aurait fait certain dépôt de mendicité avec des colonnes fastueuses ! Il a le courage d'avouer qu'il est devenu partisan des secours à domicile et de la dispersion en tous petits hôpitaux en dehors des villes des malades ordinaires, mais atteints d'affections, exigeant des soins spéciaux, médicaux ou chirurgicaux ; il verrait aussi volontiers annexer aux maisons des associations de secours mutuels des chambres pour malades. Il est persuadé que cela serait très avantageux aux malades eux-mêmes et très économique en même temps. Mais comme il pense que cette dispersion extrême n'est pas possible pour les aliénés, il trouve un moyen de tourner la difficulté dans sa conception favorite. Nous la connaissons, nous avons pu déjà l'apprécier, et nous sommes heureux de voir par ce dernier compte rendu les idées de M. Azzurri s'appliquer enfin à Rome et se répandre. Brierre de Boismont, il y a trente ans, l'encou-

rageait à poursuivre avec patience ses travaux et lui souhaitait de vivre assez pour mener à bonne fin son œuvre : elle est terminée, Messieurs, et le succès est venu couronner les longs efforts de M. Azzurri.

La séance est levée à six heures.

Paul SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental science.

ANNÉE 1891.

I. — *La morale appliquée à la criminologie* ; par le D^r Arthur Mac Donald (numéro de janvier). — « Le degré d'une faute est proportionné au degré du danger ou du préjudice (moral, intellectuel, physique ou financier) qu'une pensée, un sentiment, une intention ou un acte auront pu causer à la communauté. » Tel est le principe d'éthique sur lequel l'auteur de ce travail fait reposer son système de criminologie. Il n'accepte donc pas le vieux critérium de la responsabilité, basé sur la liberté de l'homme. Il en affirme la fausseté et le danger. L'idée de la liberté, dit-il, a été à travers les siècles une source de haines. Le sang, le feu, le martyre, le cachot sont les traces qu'elle a imprimées dans l'histoire. La croyance à l'homme libre est une malheureuse erreur, qui ne pouvait engendrer que la vengeance.

Le déterminisme, dit M. Mac Donald, n'est pas incompatible avec la morale. De ce qu'une pensée, un sentiment, un acte volontaire sont aussi fatals que la loi de la pesanteur, s'ensuit-il que les hommes vertueux seront moins considérés, les coquins moins honnis ? Les sentiments inspirés par l'honnêteté et par le vice seront toujours les mêmes. Mais, d'autre part, il y aurait folie à laisser un crime impuni sous prétexte que son auteur n'était pas libre, ou que le degré de sa liberté n'était pas exactement connu. La société a le devoir et le droit de se protéger, et le criminel dangereux doit être arrêté comme la bête fauve qui court les rues.

Le vrai but à poursuivre pour le criminologiste moderne est l'appréciation exacte des sentiments, intentions et actes réputés coupables. C'est la question difficile, que nos connaissances actuelles ne permettent pas de résoudre complètement. On y arrivera par la méthode scientifique, et, par là, il faut entendre

l'examen de tous les faits de l'ordre psychologique, physiologique et pathologique.

Les faits psychologiques pouvant être déterminés scientifiquement (faits sociaux, historiques) sont encore peu nombreux. En physiologie nous sommes plus avancés. Mais c'est dans le domaine pathologique que l'on peut concevoir les plus belles espérances. Nous sommes dans un temps de découvertes fécondes, qui doivent éclairer l'avenir de l'humanité. La prophylaxie et l'hygiène ont un rôle prépondérant. Elles sont appelées à modifier la race humaine. Le vice, la dégradation physique, ces principaux facteurs du crime, ont désormais trouvé leurs adversaires.

II. — *La circulation du sang et de la lymphe dans le crâne pendant le sommeil et la veille, avec des observations sur les hypnotiques* ; par le D^r John Cumming Mackenzie (numéro de janvier). — Deux sujets distincts, à peine connexes, composent ce travail : le premier est une dissertation de physiologie, l'autre est une étude de thérapeutique. Nous passerons rapidement sur la première partie, où l'auteur examine les théories chimique et vasculaire du sommeil. La théorie chimique satisfait peu l'esprit, elle est aujourd'hui abandonnée ; mais les physiologistes ont reconnu l'importance des phénomènes vasculaires qui caractérisent le sommeil. L'opinion du D^r Hammond, qui voit dans cet acte un phénomène de nature généralement anémique, est celle qui est le mieux acceptée.

M. Mackenzie étudie successivement les trois espèces de mouvements dont le cerveau est le siège et les conditions qui régissent l'apport du sang dans cet organe pendant le sommeil et la veille. Il admet qu'à l'état de sommeil correspond une accumulation des déchets organiques. Avec Burkhardt, il remarque que la succession ininterrompue de mouvements vasculaires péristaltiques réguliers, qui a lieu pendant le sommeil, conduit à un accroissement des produits de désassimilation nécessitant la réparation corrélatrice de l'organe cérébral. D'après Mendel, le tissu nerveux se développe pendant le travail mental ; l'excitation produit un mouvement de synthèse chimique et par suite un ralentissement dans la décomposition des éléments. Pendant le repos du cerveau, c'est un phénomène inverse qui a lieu, et les produits de désassimilation s'accumulent.

Le sommeil est caractérisé par la régularité de l'action vasomotrice. Pendant la veille, les ondulations vasculaires ne sont

plus égales, elles reflètent à l'infini les excitations du monde extérieur.

Les expérimentateurs ont reconnu que l'émotion avait plus d'influence que la pensée sur les oscillations vasculaires. Il faut distinguer entre les émotions gaies, qui produisent l'hyperémie (diminution de la pression artérielle), et les émotions tristes, qui sont accompagnées d'anémie. Cette observation explique que des effets psychiques opposés ne puissent pas avoir lieu simultanément.

Pendant le sommeil, dont le caractère essentiel est le rythme régulier des mouvements des vaisseaux, on observe une série de fluctuations dans la tension vasculaire, correspondant à tous les états intermédiaires entre l'anémie et l'hyperémie. Il y a donc des degrés infinis dans le sommeil et des insomnies de natures diverses. La thérapeutique atteindra sa perfection lorsqu'elle aura trouvé les médications qui s'adaptent à ces modalités fonctionnelles. En attendant que la lumière se fasse sur ce point de médecine si important et si ignoré, M. Mackenzie a écrit quelques remarques sur les principaux hypnotiques.

L'*hyoscine* (neuf observations avec tableaux) diminue l'excitation sans procurer cependant à l'organe cérébral la réparation dont il a besoin. Son emploi continu et systématique est dangereux. Sous son action, les malades dépérissent, ne mangent plus. Ils deviennent indolents et atteignent le gâtisme. Cette dégradation physique et mentale se voit surtout dans les cas récents et aigus. Elle est plus insidieuse chez les chroniques. Elle disparaît après la suppression du médicament. Le désordre mental est surtout influencé par l'hyoscine ; la fonction motrice l'est secondairement. Cette drogue diminue l'excrétion d'urée et augmente légèrement celle des phosphates.

L'*uréthane* affaiblit les réflexes spinaux et diminue la sensibilité périphérique. La production d'urée est augmentée par les petites doses, mais elle est diminuée par des doses massives. Il en est de même de l'acide phosphorique. Les attaques d'épilepsie ont le singulier effet d'accentuer cette diminution en augmentant la sécrétion d'urée. Une dépression s'observe aussi dans la température et le pouls ; les fonctions digestives n'en sont pas altérées. L'uréthane est un hypnotique de la famille des bromures. Il serait, par son action sur les sécrétions, antagoniste de la digitale. A forte dose, il affaiblit l'action du cœur comme presque tous les hypnotiques.

Ce médicament combat avec succès l'irritabilité nerveuse, l'exaltation fonctionnelle, l'agitation des épileptiques et l'insomnie associée à ces conditions. Un malade observé par M. Mackenzie a pris tour à tour de l'uréthane et de l'hyoscine. C'était un maniaque très agité offrant de l'ataxie, de l'incoordination de la marche et des mouvements. L'action des deux drogues s'est montrée bien distincte, l'hyoscine ayant plongé le malade dans un demi-sommeil avec persistance de l'excitation musculaire, qui, à son tour, a cédé à l'emploi de l'uréthane.

L'*opium*, dit notre confrère, est toujours le présent du ciel. Longtemps encore il soutiendra sa réputation contre les nouveaux médicaments prônés dans les formulaires. Abaissement de la tension artérielle, stimulation de l'action du cœur, régularisation du flot sanguin et disparition simultanée de l'excitation nerveuse, tels sont les principaux effets de l'*opium*. L'hydroisie d'une part, l'angoisse morale de l'autre sont heureusement combattues. Certains malades qui n'ont éprouvé aucun soulagement de l'hyoscine se trouvent admirablement de l'*opium*; M. Mackenzie nous le montre en un style imagé, allant chercher dans toutes les régions du cerveau le siège et la source de l'insomnie. Il n'hésite pas même à le recommander chez les vieillards. Bien loin d'être contre-indiqué par l'athérome, il exerce sur lui une action salutaire en contrôlant le débit du sang dans les vaisseaux. Des savants anglais l'ont mis en usage dans l'urémie, les convulsions puerpérales. Il est utile contre les céphalalgies de cause anémique, contre les symptômes cérébraux de la chlorose, en réglant le cours du liquide sanguin et sa distribution dans l'encéphale.

Le *sulfonal* (dix observations) est une drogue insoluble et par suite d'une administration malaisée. M. Mackenzie lo réduit en poudre impalpable et le dépose sur la langue des malades. Des doses faibles de sulfonal abaissent le chiffre des phosphates et de l'urée; des doses fortes produisent un résultat inverse. Son effet principal est l'affaissement, l'embarras musculaire, et, à un degré moindre, la confusion mentale. Les malades s'en plaignent vivement; on a vu des maniaques chroniques, d'une incohérence typique, déclarer qu'ils étaient ivres. Le vertigo, qui est déterminé par des doses moyennes, n'est pas le fait d'un trouble circulatoire. Une dose très forte est nécessaire pour agir sur le cœur, et alors le sulfonal est antagoniste de la digitale.

Par son action sur les vaso-moteurs, il mérite d'être compté parmi les agents pyrétiques. Sous son influence, la respiration

devient rare, profonde, tout en conservant un rythme normal. Les réflexes, d'abord exagérés, s'affaiblissent, puis disparaissent. La motilité, par l'emploi constant du sulfonal, est de plus en plus atteinte.

La démarche du malade ressemble à celle d'un homme pris de boisson. Les mouvements volontaires finissent par lui échapper entièrement.

L'appétit n'est pas troublé, malgré l'aspect de la langue qui est recouverte d'un enduit blanc de lait. On observe chez quelques sujets de la sialorrhée et de la diarrhée.

Du côté psychique, la perturbation n'est pas moins profonde, les malades qui n'ont pu s'endormir sont nerveux, se plaignent d'avoir le mal de mer. Leurs pupilles sont dilatées et paresseuses. La vision, la perception des couleurs sont confuses. Le goût et l'odorat sont indemnes. Il y a des hallucinations, des troubles bizarres et profonds de la sensibilité; un malade disait avoir une tête de bois. La peau est d'abord plus sensible au toucher, puis elle devient le siège d'une véritable analgésie.

Le sulfonal trouve son indication chez les agités robustes. Il provoque la stupeur chez les mélancoliques anémiés. Il ne faut pas oublier que ce médicament s'emmagasine. Après que le malade est saturé, de faibles doses suffisent pour maintenir le pouvoir hypnotique. Il y aurait danger à en prolonger indûment l'usage. Une intoxication redoutable ne tarderait pas à se déclarer, dont voici les signes saillants : les mouvements volontaires sont graduellement supprimés ; la station debout est impossible ; les malades n'ont pas la force de mâcher leurs aliments ; ils s'abandonnent complètement ; le pouls est rare et mou, la température s'abaisse, la respiration se ralentit, la parole est à peine perceptible et un collapsus mortel termine la scène.

Les stimulants (café chaud, alcool) sont les moyens propres à combattre ces états graves.

III. — *Vices dans le fonctionnement de la loi des aliénés* ; par le D^r R. Percy Smith (numéro de janvier). — La reproduction intégrale des desiderata formulés par le médecin de Bedlam fera connaître, du même coup, les reproches que mérite la nouvelle législation, dont l'expérience vient d'être faite. Notre distingué confrère exprime les vœux suivants :

Que tous les juges aient qualité pour signer un ordre de placement. On évitera ainsi les inconvénients résultant d'une signature donnée à tort par un magistrat non autorisé ; il

deviendra inutile de rechercher si un magistrat est autorisé ou ne l'est pas ;

Que la juridiction d'un juge ne soit pas bornée à la région habitée par le malade ;

Que les magistrats et juges soient clairement informés de leurs devoirs, tenus responsables vis-à-vis de la loi et mis en demeure de l'observer ;

Que des mesures soient prises pour qu'un nombre suffisant de juges assure le service des aliénés pendant les vacances ;

Qu'il soit dressé une liste imprimée des juges désignés pour ce service et que cette liste soit publiée dans les vingt-quatre heures qui suivent sa rédaction. Certains malades ont été admis en vertu d'ordres signés par des magistrats incompétents et qui avaient oublié que leurs fonctions avaient pris fin. Si l'on doit maintenir des magistrats spéciaux, leurs noms doivent figurer sur un registre officiel.

IV. — *Folie stupide déterminée par les pratiques hypnotiques* ; par le D^r M. J. Nolan (numéro de janvier). — Cette observation, présentée avec un grand luxe de détails, montre que l'emploi de l'hypnose n'est pas toujours sans danger. Un jeune soldat, que sa débilité mentale a fait réformer, assiste à une séance d'hypnotisme donnée par une dame. Il s'offre comme sujet d'expérience, et il est endormi par la fixation d'un corps brillant. Le premier sentiment qui a suivi le réveil est une céphalalgie intense et un état de langueur, de prostration, compliqué d'hallucinations menaçantes. Il s'adonne à l'alcool pour combattre ce malaise et ses désordres le font emprisonner. Il reçoit des soins à l'infirmerie, s'évade, erre à travers la ville pendant trois jours, se jette à la rivière et il est finalement séquestré à l'asile de Richmond. La stupeur, avec des phénomènes intermittents d'excitation hystérique (hyperexcitabilité neuro-musculaire de Charcot, contracture antagoniste d'Erlenmeyer, etc.), des hallucinations pénibles à type récurrent (le malade voit une vieille femme près de son lit), tel est l'ensemble symptomatique offert par cet aliéné. La guérison de ce trouble mental, qui est évidemment lié aux manœuvres hypnotiques, n'a pas demandé moins de quatre mois. M. Nolan fait ressortir la durée insolite de l'accès et les impulsions au suicide du début, dont le malade n'a gardé aucun souvenir dans la suite. L'insomnie était un symptôme prédominant, que le sulfonal a pu combattre avec une réelle efficacité.

V. — *Un cas de folie homicide et suicide* ; par le D^r Frank

Ashley Ekkins (numéro de janvier). — L'hérédité, une chute sur le crâne dans les premières années de sa vie, telles sont les causes prédisposantes mentionnées dans ce cas clinique.

Le sujet est un alcoolique que ses excès plongent chaque fois dans un état mental qui le porte au suicide. On le voit successivement se précipiter du pont d'un paquebot en marche, poser sa tête sur un rail à l'approche de la locomotive, se jeter au-devant d'un chariot pesamment chargé. Par trois fois il est sauvé, interné dans un asile et en sort pour se remettre à boire. Son dernier acte délirant est un meurtre, accompli sous l'empire d'hallucinations. Cet aliéné avait eu, deux fois dans sa vie, des pertes de connaissance et l'on s'est demandé si l'épilepsie n'était pour rien dans ses impulsions dangereuxes. Avant de commettre son crime, le malheureux s'était présenté à l'asile pour être protégé contre lui-même; la porte de l'asile lui avait été fermée. A ceux qui s'étonnent qu'on ait pu provoquer la mise en liberté de cet homme si notoirement dangereux, M. Ekkins répond, avec quelque raison, que la propension d'un individu à devenir aliéné n'est pas un motif suffisant pour lui imposer une séquestration à vie. Un remarquable portrait est joint à ce mémoire.

VI. — *Cas de démence aiguë. Traitement par application de la chaleur et du froid sur la tête, l'électricité, le massage général, etc.*; par le D^r Al. Robertson (numéro de janvier). — Le côté le plus saillant de cette note est la thérapeutique mise en usage dans le traitement de la stupeur. C'est une formule dont la vulgarisation peut être utile. L'eau chaude a été appliquée sur le crâne, par le procédé du bonnet, tous les jours pendant une heure. La température était 110 à 115 degrés Fahrenheit, (43 à 46 degrés C.).

Elle était graduellement abaissée pendant la seconde moitié de l'heure; après quoi le crâne était soumis à un courant d'eau glacée pendant vingt minutes. A la fin de la quinzaine, une amélioration était déjà constatée. Dès le début, des frictions étaient pratiquées sur la peau. Après la cessation de la première partie du traitement (eau chaude et froide), un massage général a été prescrit pendant trois quarts d'heure, matin et soir. A partir du second mois, le traitement a été complété par l'électrisation. Un courant continu a été appliqué, de la force de 2 à 4 milliampères. Le pôle positif était placé à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, pendant que l'électrode négatif était promené lentement autour de la tête.

VII. — *De certains vices du langage chez les enfants, avec des cas qui démontrent les résultats de l'éducation par la méthode orale*; par le D^r W.-B. Hadden (numéro de janvier). — L'enseignement des sourds-muets par la mimique du langage est une admirable conquête de la pédagogie. M. le D^r Hadden y a eu recours avec succès pour corriger le langage défectueux de deux enfants dont il rapporte l'histoire avec détails. Il ne s'agit pas d'idiots, mais de sujets intelligents, point sourds, très heureusement doués. Ces enfants désiraient vivement guérir et se soumettaient avec persévérance au traitement progressif par l'imitation. Les résultats ont été absolument remarquables.

Notre distingué confrère fait suivre son travail de réflexions instructives. Le jeune enfant, dit-il, ne demande à acquérir au début de la vie qu'un nombre limité de sons élémentaires qu'il apprend de la bouche de sa nourrice. Ce sont les labiales et les linguales. Les autres sons, plus compliqués, sont plus lents à acquérir; l'enfant arrive à les reproduire automatiquement. Il se les assimile avec le temps, sans avoir besoin d'une éducation spéciale, pourvu que sa bouche soit normalement conformée et qu'il n'ait pas de lésions de l'oreille. Mais il faut remarquer que l'aptitude à les posséder, varie avec les enfants. Ils parlent plus ou moins vite et leurs progrès sont en rapport avec le fonctionnement d'un centre spécial de coordination, dont l'intégrité est compromise dans les cas d'articulation vicieuse.

VIII. — *Manie et mélancolie*; par le D^r John Macpherson (numéro d'avril). — La nature de ces affections mentales est étudiée au triple point de vue psychologique, physiologique et pathologique. Grâce aux données fournies par l'illustre Spencer, l'interprétation physiologique des faits de l'âme est devenue possible.

La doctrine des arcs réflexes superposés donne la clef du phénomène de conscience. Toute activité cérébrale se ramène à un acte de motilité et l'on peut concevoir le système nerveux formé d'éléments récipro-moteurs, libro-moteurs et dirigo-moteurs. La réunion de ces trois éléments forme l'arc réflexe. A l'état normal, l'acte est automatique. S'il y a excès d'influx nerveux, cet excès provoque la formation d'un arc réflexe supérieur en même temps qu'un fait de conscience. Par les progrès du développement, les centres nerveux ont toujours une tendance plus grande à devenir automatiques et à se subordonner à des centres plus élevés.

Le système nerveux est donc un mécanisme qui transmet la motion moléculaire à travers certains trajets et dans certaines conditions. La condition la plus remarquable est la superposition des arcs réflexes s'élevant jusqu'à la conscience. Le passage de courants multiples à travers ces arcs innombrables constitue l'état de l'âme.

Ces courants, dit M. Macpherson, sont pénibles ou agréables. La prédominance des uns ou des autres donne l'état mental. A la mentalité normale correspond un agrégat de sensations toujours naissantes, agréables et pénibles, fusionnées ensemble. Une impression pénible suit le nerf réeipio-moteur (optique, auditif), passe dans l'aire du sensorium et est perçue par la conscience, si le courant est assez intense pour que le phénomène se produise. En même temps que le fait de conscience, une émotion pénible se manifeste. La genèse des émotions agréables est identique.

Tandis que la perception est nette et bien définie, l'émotion qui en résulte est vague et indéfinie, mais elle tend à faire naître des sentiments associés d'une netteté parfaite. L'auteur insiste sur l'influence de l'émotion sur le jugement. Il en est toujours troublé; plus grande est l'émotion, plus puissante est la perturbation qu'elle détermine.

Quels changements subit le système nerveux sous l'influence des émotions de l'un et de l'autre genre?

M. Ch. Féré, après avoir établi que les stimulants sensoriels affectent différemment la conscience, admet que les modifications apportées dans l'activité nerveuse et la rapidité des mouvements sont en rapport avec des changements survenus dans la circulation et la nutrition. M. Macpherson analyse, comme il suit, l'émotion pénible dans ses effets sur le système nerveux.

Une décharge nerveuse, diffuse, part du cerveau et s'étend vers la périphérie; une action vaso-constrictive se manifeste sur les artères et en même temps se produit l'inhibition du cœur; l'énergie nerveuse, limitée aux trajets spéciaux de l'émotion, se répand ensuite à travers les trajets associés perméables; les actions inhibitoire et vaso-motrice ont pour résultats de retarder l'élimination des déchets de la substance grise et la reconstitution des éléments libro-moteurs, d'où un retard dans la création de l'énergie nerveuse. L'action de l'émotion pénible sur les sphincters s'explique par une paralysie des centres lombaires frappés par la décharge.

Les émotions gaies, procédant de phénomènes inverses, produisent des effets opposés.

Nous voici arrivés à la partie la plus intéressante de ce travail remarquable, l'étude de la mentalité morbide. La conception scientifique de l'auto-intoxication est une découverte de la médecine moderne. L'influence qu'elles ont eue déjà et qu'elles doivent avoir sur la clinique, la lumière qu'elles projettent dès aujourd'hui sur la biologie, donnent aux idées nouvelles l'importance d'une véritable rénovation. M. Macpherson les applique heureusement à la pathologie mentale.

Les troubles de nutrition, la condition émotionnelle, la lésion fonctionnelle vaso-motrice, les troubles nutritifs secondaires; tels sont les phénomènes morbides qui compliquent l'émotion.

La nutrition peut être affectée de plusieurs manières: l'apport du sang est insuffisant; sa qualité nutritive est affaiblie; il est toxique; il est le siège d'une auto-intoxication due à l'imparfait échange métabolique entre les cellules cérébrales et l'albumine du sang. Les deux dernières conditions, la toxicité et l'auto-intoxication, méritent une attention spéciale à cause du rôle qu'elles jouent dans l'évolution de la lypémanie.

Certains alcaloïdes déterminent l'abaissement du ton musculaire et l'éclosion de sentiments tristes. Ces symptômes sont identiques à ceux que produit l'empoisonnement du sang par la bile. Ce dernier résultant de la désintégration vicieuse des déchets albuminoïdes, on peut conclure à l'analogie complète entre certaines drogues et les ptomaines. Les anesthésiques et les stupéfiants agissent indirectement dans le même sens, en retardant l'échange moléculaire des tissus. Les ptomaines toxiques jouent donc, très vraisemblablement, le rôle prépondérant dans la genèse des affections mentales et nerveuses.

On connaît la doctrine de M. Huglings Jackson touchant l'épilepsie. Elle est confirmée par ce fait que l'urine des épileptiques, après l'attaque, possède un pouvoir convulsivant (Ch. Féré).

Les ptomaines du groupe choline donnent naissance à la lypémanie stupide. On en compte quatre: choline, neurine, bétaine et muscarine. Les deux premiers sont toujours associés quand ils existent dans les tissus animaux. Ils dérivent de la décomposition de la lécithine qui se forme en abondance dans le tissu normal des centres nerveux. On voit aisément le processus qui conduit à l'empoisonnement des cellules cérébrales et à l'invasion d'une lypémanie.

La manie peut proeéder d'un trouble morbide similaire. On peut concevoir que certains produits de désintégration, autres que les précédents, aient pour expression pathologique la stimulation fonctionnelle du cerveau. Ici encore, l'analogie de propriétés avec des alcaloïdes connus pourra être invoquée. Deux séries de ptomaines ont un pouvoir stimulant sur le muscle cardiaque et sont convulsivantes : ce sont les alcaloïdes du groupe urique (dix) et ceux du groupe créatinic. Ne peut-on pas voir avec quelque raison dans le rôle de ces agents toxiques l'origine de l'agitation maniaque?

IX. — *Le chef d'aliénation mentale*; par le D^r G. Savage (numéro d'avril). — Un récent procès pour meurtre, l'affaire Pearcey, a suggéré à M. Savage une note intéressante qui a paru dans le numéro d'avril. C'est un petit chapitre de déontologie spéciale, rempli d'excellents préceptes.

Le médecin ne doit pas oublier, dit-il, qu'il n'est que témoin et qu'il n'est pas appelé à jouer le rôle d'un avocat, encore moins d'un justicier. Il ne fournit son témoignage que si on le lui demande. Il sera fixé d'avance sur les faits du procès; sa déposition doit s'appuyer sur des événements bien connus, sur des descriptions fidèles. Une fausse appréciation des faits ôte à l'expertise toute sa valeur. La confusion possible entre l'épilepsie et l'hystérie en est un exemple. Le médecin appelé devant les cours a le devoir d'accorder son assistance, s'il croit que la folie existait au moment d'un acte criminel, que cet acte soit ou non en rapport avec l'aliénation mentale.

M. Savage s'occupe de ces individus tarés qui sont sur la limite de la folie et du crime et qui préfèrent eux-mêmes la prison temporaire à un internement à vie dans un asile, de ces alcooliques immoraux et vicieux qui créent eux-mêmes par leurs excès de boisson leur délire redoutable. Ces accusés sont un sujet perpétuel d'embarras pour l'aliéniste, qui dépense pour eux le meilleur de son jugement et leur doit souvent d'être en butte à la malveillance publique. On peut hésiter dans certains cas à soulever pour eux le chef d'aliénation mentale, et il est souvent préférable de laisser le juge poser la question. L'immoralité peut aussi précéder le crime, et l'on ne doit pas se hâter de condamner un criminel parce qu'il est simplement immoral. Il peut être aliéné en même temps que pervers.

Notre confrère voudrait voir modifier la procédure criminelle pour les cas où la folie est invoquée. Il demande la création d'une sorte de cour d'appel qui jugerait secondairement. Ce

tribunal reprendrait l'information et serait saisi des faits postérieurement acquis à la cause. En attendant que ce progrès se réalise, il y aurait lieu d'adopter certaines pratiques nouvelles, suivant les conditions diverses où la folie est mise en avant.

Lorsqu'elle est introduite au cours d'un procès, il conviendra de placer l'accusé dans une infirmerie spéciale où l'expert pourra le visiter avec le médecin de la prison, après que l'opinion aura été éclairée sur les circonstances du crime. Le chef de folie doit être notifié de bonne heure et dans les formes. Le bureau de l'intérieur est avisé et délègue un spécialiste qui examine l'aliéné avec le concours du médecin de la prison et d'infirmiers d'asile. Le rapport pourra conclure immédiatement à l'internement dans un asile selon le plaisir de Sa Majesté. Si cette mesure hâtive devait émouvoir l'opinion, on laisserait le procès suivre son cours en y introduisant le témoignage des médecins.

Dans le cas où le chef de folie est soulevé tardivement, après la clôture des débats, il y aurait lieu d'informer le bureau de l'Intérieur, qui nommerait un expert. Celui-ci s'adjoindrait un collègue aliéniste et ils rédigeraient, en collaboration avec le chirurgien de la prison, un rapport définitif. Ce document ne serait pas destiné à la publicité; dans le cas de publication, il ne ferait pas connaître les noms des médecins. Les experts pourraient être désignés, à la demande du secrétaire de l'intérieur, par le président du Collège royal des médecins et leurs assessours par les inspecteurs de l'aliénation mentale.

X. — *Un cas de folie délusionnelle*; par le Dr Ikey (numéro d'avril). — Une malade atteinte du délire des persécutions qui guérit après neuf ans de traitement, le fait sort déjà de l'ordinaire; mais les conditions dans lesquelles la guérison a été obtenue ne sont pas moins insolites et méritent d'être notées. La malade, une héréditaire, très anémique, souffrait d'un rhumatisme ancien dont les manifestations douloureuses étaient faussement interprétées. Elle accusait des hallucinations et des aberrations sensorielles pénibles. Ses ennemis la touraient, lui pinçaient les jambes, la lardaient de coups de couteau. Elle se montrait irritable et violente envers son entourage, et le désordre de ses actes avait acquis graduellement la forme d'une vraie manie. Elle était devenue aussi difficile et incommode que possible. C'est alors que, dans le cours de la cinquième année, le médecin a eu l'idée de lui laisser une liberté relative. Il lui accorde une chambre séparée dans une

partie éloignée de l'asile et ne craint pas de lui confier la clef de son logement, sans autre condition que de prendre soin de son petit intérieur.

L'expérience n'a pas été sans danger, car la malade s'est évadée à trois reprises. Elle a fini néanmoins par se faire à ce régime d'exception, et à dater de ce moment elle a recouvré le calme et son état délirant a commencé de s'améliorer. Les hallucinations ont disparu à la longue et la guérison a été définitive.

XI. — *Apparences nécropsiques (dont quelques-unes sont difficiles à expliquer) de certaines parties du système nerveux dans un cas d'hémiplégie avec contracture*; par le D^r Edwin Goodall (numéro d'avril). — Le sujet de l'observation est un idiot de 26 ans, qui présentait une paralysie atrophique du côté droit et qui est mort phthisique. L'autopsie a fait voir des lésions destructives de l'hémisphère gauche (atrophie de certaines circonvolutions et, en particulier, des frontale et pariétale ascendantes à leur partie inférieure et de la troisième frontale) L'examen des centres corticaux a permis d'expliquer les altérations fonctionnelles de la périphérie. Les diverses parties de l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs des membres ont fait l'objet d'une étude micrographique très soignée, à laquelle nous ne pouvons nous arrêter. Mais il nous faut mentionner, toutefois, une particularité curieuse relevée dans ce travail et qui n'est pas sans analogues dans la science. C'est une solution de continuité dans la chaîne des lésions du système nerveux. Tandis que le cerveau d'une part, les nerfs de l'autre, offraient des altérations de structure multiples et profondes, la moelle était complètement indemne.

XII. — *Emploi et abus de l'hyoscine*; par le D^r Lionel Weatherley (numéro de juillet). — Ce médicament est sans effet sur la fonction rénale et sur la respiration. Sur le tube digestif il produit la sécheresse de la bouche, quelquefois des vomissements. Il n'abaisse pas la température, tout en contrôlant les délires avec hyperthermie. Son action sur le pouls et la circulation n'est pas bien établie. Il provoque l'ataxie de la démarche, et une sensation de fatigue. D'autre part, il combat utilement les troubles moteurs des affections avec sclérose.

Du côté du cerveau, il produit des étourdissements et du délire. Il fait naître des hallucinations ou modifie celles déjà existantes. L'agitation est puissamment maîtrisée. D'autre part, l'hyoscine échoue dans l'agitation de nature hystérique,

dans le désordre mental des tabétiques et, en général, des individus dont le système moteur est affecté. L'irritabilité est le symptôme qui réclame avant tout l'emploi de cette drogue. A petites doses, l'hyoscine produit non le sommeil, mais une somnolence plus ou moins profonde. Des doses élevées amènent d'abord un sommeil profond, puis survient assez rapidement un état somnolent. Manié prudemment, cet agent rend des services très appréciés dans les cas difficiles. On a vu sous son influence des agités turbulents, querelleurs, réfractaires à toute direction, devenir doux et traitables. Bien curieuse est l'observation d'une puerpérale agitée, parvenue jusqu'au marasme, à laquelle on a fait prendre l'hyoscine avec sa nourriture, qui s'est graduellement calmée, a repris des forces et a guéri.

Les maniaques aigus sont puissamment réduits par ce moyen, mais il convient d'en surveiller l'emploi, à cause des troubles de la respiration et de la circulation que ces malades peuvent offrir, et que M. Weatherley attribue, non à l'hyoscine, mais à l'hyosciamine qui s'y trouverait mélangée.

L'hyoscine est contre-indiquée dans la manie hystérique et dans les états dépressifs en général, dont elle aggrave les hallucinations. D'autre part, elle est utile dans le delirium tremens et les affections du système nerveux moteur, dont les troubles fonctionnels sont efficacement contrôlés.

En résumé, l'action principale de ce médicament est une altération de l'état mental. Par son action secondaire, il combat utilement les désordres de la motilité.

XIII. — *La faculté arithmétique et son altération dans l'imbécillité et la folie*; par le D^r William Ireland (numéro de juillet) — Ce mémoire a été lu devant la Société médico-psychologique, dans la séance de mars 1891. M. Ireland s'occupe d'abord de l'exercice de la faculté arithmétique chez les individus sains d'esprit. Il montre qu'elle apparaît tardivement et qu'elle ne progresse pas avec les autres facultés. Il n'est pas rare de voir un enfant bien doué, favorisé d'autres aptitudes, se trouver arrêté par l'étude des nombres.

Les peuplades sauvages (Tasmaniens, Australiens, Boschimians, Néo-Calédoniens) sont ensuite étudiées à ce point de vue. On voit que l'arithmétique n'est représentée chez elles que par des notions rudimentaires. A l'origine, les hommes ont commencé à compter sur leurs doigts. Cette hypothèse s'appuie sur la forme même de notre système arithmétique, basé sur la dizaine, qui prédomine chez tous les peuples à langue morte.

Ainsi font les modernes primitifs, les Néo-Calédoniens (Letourneur) et les Groenlandais. C'est qu'au début un système de numération n'est possible que par l'emploi de symptômes visuels, tombant sous les sens. Ce fait est universellement prouvé. La conquête a trouvé les Mexicains pourvus d'une civilisation entièrement étrangère à la nôtre et d'un système de numération très complet, formé de figures conventionnelles (point, drapeau, plume, bourse, sac, etc.).

L'idée abstraite du nombre a sa représentation concrète dans l'esprit de chaque personne. Les uns associent cette idée à des chiffres, les autres à certaines figures, d'autres à des points. Grâce à ce travail de l'esprit, les opérations sur les nombres sont, malgré leur abstraction, précises et exemptes d'erreur. Le travail cérébral, l'exercice de cette faculté spéciale permettent de concevoir dans la suite les nombres élevés, représentés par des signes idéologiques.

La faculté arithmétique s'acquiert donc par l'éducation. Les sauvages, qui peuvent être d'ailleurs très intelligents, sont arriérés pour le calcul, parce qu'ils sont privés d'une culture particulière. M. Ireland, qui combat la doctrine darwinienne, invoque à l'appui de cette opinion de nombreux témoignages de voyageurs. Comme toutes les facultés, la faculté arithmétique est un don spécial, individuel, plus ou moins riche. Les hommes simples, ayant peu suivi l'école, n'aiment pas le calcul; les criminels, chose intéressante à noter, ont une remarquable ignorance des nombres. Les calculateurs prodiges offrent cette particularité qu'ils n'ont pas une supériorité réelle dans les autres opérations de l'esprit. Ils ont des méthodes à eux et ne sauraient résoudre, avec les méthodes banales, les problèmes qui leur sont posés. Il s'agit donc bien d'une faculté spéciale, secondaire, n'impliquant nullement la perfection intellectuelle.

Les idiots qui montrent parfois une aptitude si curieuse pour la mesure musicale, faculté voisine du calcul, se distinguent cependant à ce signe qu'ils sont incapables de compter. Quelques dégénérés imbeciles font exception et paraissent favorisés pour l'intelligence des nombres. Edouard Séguin ne considère pas ces sujets comme plus perfectibles. La plupart des imbeciles qui progressent arrivent à savoir les trois premières règles de l'arithmétique et demeurent réfractaires à la division. On en voit se perfectionner au point de vue de la conduite, de la sociabilité, des premières notions, et se montrer toute leur vie incapables de compter la monnaie. Ils se sont arrêtés à la connais-

sance des nombres et n'ont pu en comprendre les rapports. Cette impuissance est-elle due à une lésion spéciale du cerveau? Notre confrère ne le croit pas; l'idiotie reconnaît pour cause des lésions multiples du tissu cérébral; l'incapacité arithmétique résulte de l'ensemble des anomalies. Le cerveau est une machine à compter qui fonctionne mal, le travail des nombres est une opération mentale mécanique.

Cette faculté se développe tardivement chez les enfants; on pourrait s'attendre, dès lors, à la voir disparaître de bonne heure dans la démence. Il n'en est rien, et l'on voit de nombreux déments, sous le coup d'une déchéance mentale avancée, additionner correctement des colonnes de chiffres, ce qui ne les empêche pas de rester incohérents et absurdes. Un paralysé général parvient à déterminer par le calcul un poids énorme de monnaie et prétend porter cette somme capable de l'écraser. Certains déments calculent avec fatigue, mais arrivent à la fin de leur opération; d'autres sont hésitants aux premiers chiffres, puis se reprennent et surmontent l'embarras du début; quelques malades, enfin, montrent une passion morbide pour le calcul et présentent sous cette influence un trouble émotif curieux qui a été bien étudié, tout récemment, par M. le Dr Cullerre, sous le nom d'arithmomanie.

XIV. — *Pathologie de la mort subite dans la manie*; par le Dr James Whitwell (numéro de juillet). — Deux observations de maniaques ayant succombé en quelques heures à une pneumonie d'origine embolique, mise en évidence par l'autopsie, démontrent la cause habituelle de ces morts soudaines que l'on met trop facilement sur le compte de l'épuisement nerveux.

L'embolie du poumon est plus commune qu'on ne croit et elle peut expliquer la fréquence relative des pneumonies mortelles chez les maniaques. Elles sont le résultat de l'œdème aigu provoqué par la formation d'infarctus graisseux.

Les conclusions formulées par M. Whitwell sont une bonne page de clinique: 1° une cause assez fréquente de collapsus pouvant devenir mortel dans les cas de manie est l'embolie graisseuse du poumon; 2° le diagnostic de cette affection pendant la vie peut être établi à l'aide des signes suivants: collapsus soudain avec refroidissement des extrémités; pâleur sombre de la face, quelquefois cyanose marquée; un certain degré de dyspnée, la respiration étant courte, suspirieuse et pénible; pouls fréquent, plein, habituellement irrégulier; signes stéthoscopiques de l'œdème pulmonaire, ou de la

pneumonie secondaire embolique ; 3° elle peut être soupçonnée après la mort, en présence des caractères nécropsiques suivants : œdème localisé à un ou aux deux poumons ; infarctus ; pneumonie associée ou non à des infarctus ; 4° la provenance de la graisse dans ces cas n'est pas connue ; 5° l'embolie graisseuse du poumon peut se produire sans qu'on puisse découvrir une lésion des os ou du tissu cellulaire sous-cutané ; 6° la source réelle de cette production morbide est peut-être dans le sang lui-même, modifié sous l'influence d'une agitation prolongée.

XV. — *Note sur un cas de dégénération tuberculeuse des capsules surrénales sans coloration bronzée* ; par le D^r Eric France (numéro de juillet). — Le malade avait cinquante ans à son entrée dans l'asile ; il y a vécu vingt ans. Sa santé physique, bonne au début, ne s'est altérée que dans le cours de la onzième année de son séjour. Pendant ces onze ans, il était sujet à des accès périodiques de manie, et son trouble mental ne paraît pas nécessairement lié à la maladie physique qui a déterminé sa mort.

C'est en 1882 que cet homme subit, pour la première fois, des altérations sérieuses des fonctions digestives (anorexie, douleurs d'estomac compliquées de céphalalgie et de vertiges). L'année suivante, on note l'apparition d'un exanthème simulant la gale et de nombreux furoncles. Le malade mangeait insuffisamment, ne dormait pas et le dépérissement faisait des progrès. De fréquentes crises de dyspepsie marquées par des vomissements et de la diarrhée, des douleurs rhumatismales, une énorme sensation de fatigue, tels furent les principaux symptômes de la fin. Une déchéance physique de plus en plus profonde a conduit au dénouement fatal.

La lésion trouvée à l'autopsie, mentionnée plus haut, aurait pu correspondre pendant la vie à un changement de couleur de l'enveloppe cutanée. La couleur de la peau est cependant restée normale, même dans la bouche. Ce résultat négatif a été constaté d'autres fois et par Addison lui-même (Wilks). En effet, le célèbre médecin écrivait que la pigmentation de la peau n'était qu'un phénomène final de la maladie des capsules surrénales. Il pouvait manquer dans la période initiale, dont le caractère fondamental était l'asthénie, la misère physique.

XVI. — *Discours présidentiel prononcé à la cinquantième séance annuelle de la Société médico-psychologique, le 23 juillet 1891*, par M. Edmond Bancks Withcombe (numéro d'octobre). — Ce morceau oratoire a toujours en Angleterre un

intérêt d'actualité, le président ayant soin de toucher dans son allocution à tous les sujets qui intéressent la science et la profession aliéniste. En l'année jubilaire de l'Association, le nouvel élu n'aurait eu garde de déroger à l'usage. Son discours est un véritable *memorandum* dont il convient de souligner les principaux passages.

Le fonctionnement récent de la nouvelle loi l'occupe tout d'abord. Il lui reproche de décourager les entreprises privées en limitant le nombre des maisons de santé, et rendant plus difficile l'admission dans ces établissements. Néanmoins ce mal porte avec lui sa compensation, car les obstacles mis au placement des malades préservent désormais les directeurs de la suspicion publique. Aujourd'hui, l'aliéné riche est devant la loi sur le même pied que l'aliéné pauvre. On peut encore accuser la nouvelle loi d'entourer l'admission des malades d'une paperasserie encombrante, qui comporte nécessairement un accroissement du personnel des bureaux. Le législateur a réglé le restraint dans les asiles ; M. Witheombe remarque judicieusement que le restraint domine toute la pratique de l'aliéniste et ne voit pas bien la différence entre un verrou et une bonne camisole. Il plaint le sort du lord chancelier qui sera condamné toute sa vie à se nourrir de littérature spéciale et s'applaudit de voir le système écossais du travail extérieur pour les chroniques, accepté enfin en Angleterre.

L'orateur aborde ensuite un sujet qui semble passionner les aliénistes d'outre-Manche : l'ouverture d'hôpitaux pour les cas aigus. L'idée n'est pas absolument neuve. Dès 1865, M. le Dr John Butler la mettait en avant à l'Association des aliénistes de Philadelphie, M. Witheombe lui-même en avait fait l'objet d'une motion devant la commission de l'asile qu'il dirige. Cette innovation a son importance sociale puisqu'elle contribue à supprimer le traitement légal de la folie. De plus, elle doit encourager le traitement rationnel des troubles mentaux considérés comme maladie physique, et développer le goût des recherches scientifiques.

L'hôpital des cas aigus sera placé à une distance raisonnable de l'asile ; assez loin pour s'en distinguer, assez près pour pouvoir être géré par la même direction. Son nombreux personnel comprendra des médecins consultants et des infirmiers instruits. Construit en vue du traitement curatif, il sera pourvu libéralement de tous les engins de la thérapeutique moderne. Les malades du dehors pourront s'y présenter sans l'intervention

de la loi, et bénéficieront ainsi de ce traitement initial si précieux qui fait si souvent défaut. Chaque hôpital aura une clientèle extérieure.

Le rôle toujours plus important que s'attribue la Société médico-psychologique dans le mouvement universitaire est tout à l'éloge de ce corps savant. Elle encourage par des prix les études spéciales; elle délivre des diplômes aux médecins et aux infirmiers d'asile. L'orateur insiste pour que les directeurs établissent et favorisent partout l'enseignement de ces employés. Il voudrait qu'une commission fût créée en vue de perfectionner les méthodes d'instruction. Tout récemment, le conseil général des médecins a compris la médecine psychologique au nombre des matières d'examen dans les écoles. Cet acte officiel marque un progrès éclatant de la science mentale dans le Royaume-Uni.

La Société médico-psychologique avait chargé une commission prise dans son sein d'élaborer un ensemble de préceptes et de vœux touchant les aliénés. Ce travail vient d'être publié et le nouveau président y relève deux points intéressants. La commission a demandé la création d'hôpitaux affectés aux malades de la classe moyenne. Cette assistance manque en Angleterre et les aliénés non fortunés, qui ont un certain rang dans le monde, sont confondus dans les asiles avec les indigents. L'innovation est donc désirable. L'autre passage qui provoque les réflexions de l'orateur est relatif aux proportions insolites qui sont données par les constructeurs aux nouveaux asiles. Quelques-uns contiennent plus de deux mille aliénés. Il ne croit pas néanmoins à l'accroissement réel de l'aliénation mentale dans son pays et il estime que l'encombrement des asiles est causé par l'accumulation des cas chroniques. Il conseille le traitement séparé et précoce des aliénés curables et veut qu'on éclaire les foules sur la prophylaxie de la folie.

XVII. — *Les hôpitaux projetés pour le traitement des aliénés*; par le D^r T. Clifford Allbutt (numéro d'octobre). — C'est la grande actualité pour nos confrères d'outre-Manche. Si tous les médecins sont unanimes pour souhaiter cette amélioration, des opinions diverses se font jour sur la forme qu'elle doit avoir.

Le projet de M. Allbutt consiste dans le sectionnement méthodique des asiles d'aliénés. Autour d'un hôpital central, organe principal de l'établissement, s'élèvent de nombreuses constructions moins importantes, pouvant loger chacune une trentaine de malades. Ces maisons sont plus ou moins coûteuses

suivant la catégorie d'aliénés qu'elles ont à recevoir. Le plus grand nombre est construit simplement et à peu de frais. D'autres exigent des sacrifices plus élevés et le bâtiment central, bien entendu, est celui qui doit le plus intéresser le médecin.

Il a été question de soumettre les directeurs au contrôle de médecins consultants visiteurs désignés par le conseil médical de Londres. Cette mesure est vexatoire et humiliante pour les chefs d'asile ; l'auteur de cette note la combat avec véhémence. Il prend la défense des aliénistes et puise les arguments de sa cause dans la mauvaise organisation des asiles qu'il dépeint avec la compétence d'un critique autorisé. Il montre ces bâtiments immenses, encombrés d'une population qui dépasse 2,000 individus, divisés en quartiers de 170 malades. Dans ces grands manicomies, les aliénés sont casernés, leur individualité s'y perd ; les études spéciales ont cessé d'y être possibles, et, suivant une expression bizarre, qui peut-être a passé le détroit, le directeur-médecin s'y laïcise.

L'action du chef du service médical pourrait être utile et fructueuse, même dans de grands asiles (ne pas dépasser 1,000 malades) s'il était mieux secondé. Il faut que son personnel soit autrement recruté et payé plus généreusement. Le directeur pourra alors se décharger sur lui d'une quantité de besognes administratives et s'adonner avec son adjoint aux recherches scientifiques, aux travaux de la spécialité. Quel que soit leur mérite, les médecins visiteurs ne sauraient être des spécialistes en science mentale. M. Allbutt ne s'oppose pas à ce que des consultants étrangers soient appelés à l'asile, mais il ne veut pas que l'introduction de ces collaborateurs soit une cause de déchéance pour les hommes de valeur qui dirigent les établissements d'aliénés.

XVIII. — *De l'influence du milieu sur la production de la folie*, par le D^r G. Savage (numéro d'octobre). — Dans la genèse des maladies mentales, on s'accorde à reconnaître une part importante à l'hérédité et aux vices de l'organisation. Mais cette vue est poussée à l'extrême et M. Savage pense qu'il est temps de réagir contre le pessimisme qui en découle.

D'après lui, l'hérédité n'a pas le rôle prépondérant qu'on lui prête ; l'influence majeure appartient, d'autre part, au milieu dans lequel se développe une véspanie. Telle est la thèse que notre savant confrère est venu défendre devant la Société médico-psychologique.

L'homme n'est pas fatalement, dit-il, l'esclave d'une orga-

nisation tyrannique. Les aliénations qui sont le produit de l'hérédité ont d'ailleurs leurs caractères propres. Pour toutes les autres, il faut accuser avant tout le genre de vie du malade, son entourage, ses habitudes, toutes les causes multiples qui contribuent à créer en lui les germes des affections dégénératives.

L'action du milieu s'exerce dès l'enfance, et l'éducation est l'un des premiers agents du trouble mental. L'auteur s'éloigne de l'école criminaliste moderne, en affirmant que le criminel peut lui devoir la dégénérescence du vice. Les attributs mentaux peuvent se modifier avec les impressions reçues par le système nerveux, et la tare héréditaire n'est pas indispensable pour amener une perversion morale. Aussi l'origine de la folie est-elle une question autant sociale que médicale.

L'éducation et le milieu sont capables d'engendrer directement la folie. Les jeunes gens qui s'adonnent à l'étude et se condamnent à l'isolement, sont sujets, à l'âge des passions naissantes, à contracter le délire. La solitude fait naître chez eux des hallucinations. Tout le monde connaît les délires de persécution des onanistes. Les idées de persécution se montrent aussi chez les époux séparés et résultent évidemment de l'isolement et de l'abandon du conjoint. On les observe encore chez les veuves entièrement délaissées; elles sont compliquées d'un délire de ruine et de spoliation, déterminé lui-même par l'impuissance où est la veuve de diriger ses affaires. Une existence oisive, succédant sur le tard à une vie laborieuse, donne lieu à la mélancolie et à l'hypocondrie. Enfin, les professions elles-mêmes font leurs aliénés. La tyrannie du milieu vaut la tyrannie de l'organisation.

XIX. — *Assistance, après leur sortie des asiles, des hommes guéris*; par le D^r Rayner (numéro d'octobre). — Les femmes qui sortent guéries des asiles sont favorisées d'une protection bien organisée. Cette assistance manque pour les hommes. M. Rayner la souhaite et en trace les grandes lignes.

Un grand nombre d'aliénés sortants n'en sont pas à leur première attaque. La proportion des récidivistes est même bien plus grande pour le sexe masculin, et cette prédominance reconnaît l'alcoolisme pour cause. Les victimes de l'alcool méritent d'autant plus la pitié que l'assistance officielle (fonds de la reine Adélaïde) leur est refusée. Cependant l'asile n'a pas à garder ces malades une fois guéris, et la prison ne leur convient pas davantage. M. Rayner croit résoudre la difficulté

par l'ouverture de maisons spéciales où les buveurs pourront être détenus à la disposition des autorités après la disparition des symptômes aigus.

Les aliénés guéris sont divisibles en deux classes : ceux qui ont un domicile et ceux dont l'unique refuge est le Workhouse. Malgré les améliorations dont le Workhouse a été l'objet, il ne saurait convenir aux convalescents de la folie. On doit le leur éviter par des secours pécuniaires et une protection intelligente. Les malades qui ont un domicile sont mariés ou célibataires. Les premiers sont mieux partagés que les femmes en ce qui touche le travail obligatoire, le bien-être moral et matériel si nécessaire aux convalescents. Il suffit de leur assurer des secours. Les célibataires sont aussi plus heureux que les femmes et trouvent plus facilement du travail et une occupation professionnelle. Les protecteurs doivent les diriger et les éloigner des professions malsaines. Enfin, il importe de tenir certains individus à l'écart de leur propre famille, lorsque le *home*, si désirable pour d'autres, constitue un danger pour leur santé mentale.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Le Code pénal d'Italie (30 juin 1889) et son système pénal. Examen du livre premier (articles 1 à 103) ; par Louis Paoli, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire d'Alger. Paris. Durand et Pedoné-Lauriel, éditeurs, 1892.

Ceci est exclusivement une étude de droit. Je la présente quand même aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, parce qu'il existe entre le droit, le droit pénal surtout, et la médecine mentale des rapports évidents. A mesure que progressent nos connaissances en psychiatrie, ces rapports apparaissent plus nombreux et plus intimes. L'étude de M. Paoli intéresse d'autant plus les aliénistes qu'elle traite du droit pénal italien, c'est-à-dire du droit pénal récemment élaboré dans le pays de Lombroso. Les théories de ce médecin philosophe ne sont pas, il est vrai, officiellement admises en Italie, on en trouve cependant quelques traces dans le nouveau Code pénal de ce pays.

Il me serait impossible, faute de connaissances spéciales, de donner une analyse critique de ce travail de M. Paoli, je me propose seulement d'en indiquer les parties les plus saillantes.

Le nouveau Code pénal italien a été commencé en 1863, et il n'a été promulgué qu'en 1889 ; il est donc, comme le fait remarquer l'auteur, le plus jeune des Codes pénaux. Il comprend vingt-trois titres et quatre cent huit articles, et s'il est le plus jeune, il est aussi le plus court de tous les Codes en vigueur. M. Paoli n'a examiné que les cent trois articles qui comportent le livre premier ; il a borné son étude à cette partie parce qu'elle reflète les données qui ont prévalu dans la confection du Code entier, et qu'elle suffit pour indiquer clairement dans quel esprit celui-ci a été écrit.

Les longs retards apportés dans sa confection proviennent de l'abolition de la peine de mort en Toscane, et de la question qui se posait de savoir si la peine capitale serait introduite en Toscane, ou si, au contraire, elle serait abolie dans tout le reste de l'Italie. C'est le dernier système qui a prévalu, et du reste, l'absence de la peine de mort est le caractère dominant du nou-

veau Code italien. M. Paoli se contente d'indiquer sommairement l'abolition de la peine capitale, souhaitant à l'Italie d'être assez heureuse pour n'avoir pas à faire de retour en arrière.

La peine de mort est remplacée au sommet de l'échelle pénale par l'*ergastolo*, réclusion perpétuelle avec travail forcé. Les condamnés passent les sept premières années au moins dans l'isolement cellulaire, ils sont admis ensuite au travail en commun avec les autres détenus.

L'accord survenu sur la question de la suppression de la peine capitale entre les deux écoles criminalistes italiennes, l'école classique et l'école positiviste, n'a pu se continuer sur les autres points, notamment sur la question de la responsabilité et de l'irresponsabilité. Ce sont les classiques qui l'ont emporté, en faisant admettre les idées de volonté libre et de responsabilité morale, tandis que l'école positiviste voulait écarter l'idée du libre arbitre, et avec le terme de responsabilité sociale faire davantage tenir compte de l'atavisme.

C'est ainsi que le délit est déclaré non punissable, par l'article 46, lorsque celui qui l'a commis est dans un état d'*infirmité d'esprit* capable de lui enlever la conscience de la liberté de ses propres actes, tandis que les positivistes voulaient insérer dans le texte les mots de *défaillance, altération morbide, impossibilité d'agir autrement*.

M. Paoli prend hardiment le parti de l'école classique, et nous déclare que le libre arbitre est une de ces choses auxquelles on croit, mais qu'on ne peut encore démontrer scientifiquement.

L'acte délictueux est donc considéré par le Code italien comme l'œuvre de la volonté humaine, par opposition à la théorie du criminel-né de Lombroso. On voit donc qu'il en est en Italie, comme il en est en France, comme il en est partout, et que longtemps on ergotera, devant tous les tribunaux du globe, sur la responsabilité morale et sur la responsabilité légale, et qu'on ne cessera de vouloir mesurer les différentes dimensions de cette dernière, ce qui exige nécessairement pourtant, je l'ai déjà dit quelque part, l'emploi du phrénomètre de Falret, qui n'est pas encore inventé.

Le Code divise les actes délictueux en deux parties seulement : les délits proprement dits et les contraventions, les crimes ne constituant pas une classe à part. Il a institué six sortes de peines pour la répression des délits et trois pour celle des contraventions. Il a admis la libération conditionnelle.

En ce qui touche les aliénés, le Code laisse aux juges la

faculté de les envoyer dans un asile. Lombroso eût voulu que cette disposition fût impérative. Du reste, le Code ne dit rien de l'autorité qui a pour mission d'ordonner l'élargissement du fou criminel provisoirement placé dans un asile. Il en est de même chez nous, et il en sera de même un temps indéterminé, jusqu'à ce que la Chambre ait enfin discuté la loi élaborée au Sénat.

Le législateur italien admet, comme il a déjà été dit, l'idée de la responsabilité partielle, et, partant de là, échelonne suivant le degré de responsabilité les peines qui seront applicables à l'auteur du délit reconnu responsable partiellement. L'auteur critique cette échelle de peines, parce qu'il sera très difficile, convient-il, de mesurer le degré de démence. En effet, et cette seule considération suffit, à mon avis, pour démontrer que, dans la confection d'un Code pénal, il ne faut voir dans le délinquant qu'un être nuisible dont la nuisance, elle, à l'inverse de la responsabilité pénale, peut parfaitement être mesurée.

Je borne là ces notes rapides ; il n'est pas utile d'insister pour faire voir que le petit livre de M. Paoli a sa place dans la bibliothèque de tous les aliénistes.

CAMUSET.

Syphilis et paralysie générale; par le D^r Dengler. Thèse de Nancy, 1893.

Plaidoyer plein de conviction en faveur de cette thèse, qui fait de la syphilis la cause première de la paralysie générale.

Les conclusions sont nettes et précises, et cependant elles ne répondent pas tout à fait à l'ensemble des propositions exposées et soutenues par M. Dengler dans le cours de son travail. Le lecteur, arrivé à la fin de celui-ci, pouvait s'attendre à les trouver plus radicales encore. Elles sont ainsi formulées :

1^o La majeure partie (93 p. 100) des paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques.

2^o Il existe, entre la syphilis antérieure et la paralysie générale, un rapport de cause à effet.

3^o Si la syphilis agit souvent sur un terrain préparé par l'hérédité, son action seule est cependant suffisante pour donner naissance à la paralysie.

Est-on en droit d'affirmer dès à présent, malgré les nombreuses recherches récentes sur la valeur étiologique prépondérante de la syphilis dans la paralysie générale, que sur

100 paralytiques, 7 seulement n'ont pas eu la vérole, et surtout que la paralysie générale est un effet de la vérole ? Pour une part, je ne le crois pas. Malgré tout ce qu'on a dit ces temps derniers, la péri-méningo-encéphalite diffuse reste encore une entité nosologique vraie, et elle n'est pas une manifestation de la syphilis.

On a établi qu'un grand nombre, un très grand nombre, si on préfère, de paralytiques avaient des antécédents spécifiques, on doit conclure que la vérole est un terrain très favorable à l'évolution de la paralysie générale. Mais en s'en tenant strictement aux règles de la méthode scientifique, on ne peut pas aller plus loin, car, aussi bien au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue thérapeutique, la syphilis et la paralysie n'ont aucune analogie.

Il existe bien quelques paralytiques qui ne sont ni syphilitiques ni hérédo-syphilitiques, tout le monde en convient. Eh bien, cette seule considération suffit pour démontrer que la paralysie générale n'est pas une manifestation de la syphilis. Il est vrai que M. Dengler nous apprend, car j'avoue que je l'ignorais, que MM. Hassland et Bannister considèrent comme des pseudo-paralysies générales, les paralysies générales dans lesquelles on ne retrouve pas la syphilis. Mais cette donnée n'a pour elle que sa singularité même. « Tous les paralytiques généraux sont des syphilitiques. Mais en voilà qui ne le sont pas; alors ce sont de faux paralytiques. » C'est un raisonnement original, mais ce n'est pas un raisonnement sérieux.

Je reconnais que M. Dengler dit seulement, dans ses conclusions, qu'il y a, entre la vérole et la paralysie, relation de cause à effet, ce qui n'est pas la même chose que s'il disait que la vérole est une manifestation de la syphilis; mais on constate, dans le cours de son étude, une tendance évidente à adopter cette dernière manière de voir.

Mais quelle que soit l'opinion qu'on professe soi-même sur cette importante question des rapports existant entre la syphilis et la paralysie, il faut convenir que M. Dengler soutient la sienne avec talent. Tous les éléments utiles à sa thèse, il a su les retrouver dans les mémoires spéciaux, dans les thèses, dans les procès-verbaux des sociétés savantes : il a même demandé, par lettres, à plusieurs neuro-pathologistes étrangers, et obtenu d'eux, leurs doctrines personnelles sur ce point de pathologie. Tous les arguments favorables, il les expose avec méthode et clarté, de la façon la plus propre à entraîner la con-

viction. Les autres, les arguments contraires, il les signale aussi, mais sans beaucoup insister, et il les place au second plan. Je n'incrimine pas ce procédé, il est des plus naturels dans l'espèce, et j'ai déjà dit que le travail de notre auteur est un plaidoyer, j'ajouterais qu'il est un excellent plaidoyer. Et en réalité, notre confrère n'élimine pas les documents qu'on pourrait lui opposer, c'est même ainsi qu'il reproduit la lettre qu'il a reçue de M. Zacher, médecin de l'asile privé de Ahrweiler (Allemagne), laquelle renferme cette phrase : « J'estime donc, tout en ne considérant pas la paralysie générale comme une manifestation syphilitique, qu'un individu syphilitique a de bien plus grandes chances de devenir paralytique qu'un individu sain. » Il y a loin de là à la manière de voir de M. Dengler, et pourtant celui-ci n'hésite pas à énoncer la proposition d'un adversaire.

Je me laisserais volontiers entraîner à discuter, chapitre à chapitre, toute la thèse de notre confrère, mais ce serait m'écarter du cadre de cet article. Cette étude est un nouveau document à ajouter à ceux qui existent déjà sur la question de la valeur étiologique de la syphilis dans la paralysie. Elle ne renferme cependant, avec l'énoncé de tous les arguments déjà connus en faveur de la puissance, de la prédominance de ce facteur étiologique, la vérole, que quelques observations inédites succinctes, communiquées à l'auteur par M. le professeur Spillmann. Mais ce qui fait sa véritable valeur, ce pourquoi elle sera beaucoup consultée, c'est qu'elle contient, exposés avec clarté et méthode, tous les arguments mis en avant par les partisans de cette doctrine, que la paralysie générale provient de la vérole.

CAMUSET.

La grippe et l'aliénation mentale; par le D^r Albert Leledy, ancien interne de l'asile d'aliénés de Beauregard (Cher). Paris, J. B. Baillière, 1891.

L'épidémie grippale de 1889-1890 a régné sur toute la France, avec une intensité variable suivant les régions, et elle n'a naturellement pas épargné les asiles d'aliénés. M. le D^r Leledy qui, à cette époque, était interne de l'asile de Beauregard, a pu spécialement étudier l'épidémie au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale, et il a fait de cette étude l'objet de sa thèse inaugurale.

La thèse de notre confrère est un long et consciencieux travail; elle renferme dans ses deux cents pages l'examen critique des diverses théories faites sur l'influence étiologique de l'influenza dans les psychoses, et une centaine d'observations de troubles psychiques plus ou moins intimement liés à l'influenza. C'est certainement cette collection de faits cliniques nombreux et variés qui constitue la partie vraiment intéressante du mémoire.

Mais la grippe n'est pas seule en question dans cette thèse; M. Leledy envisage en réalité l'action des maladies infectieuses aiguës en général, et celle de l'influenza en particulier, sur l'aliénation mentale. Peut-être même n'insiste-t-il pas suffisamment sur l'action de l'influenza, et ne lui donne-t-il pas l'importance réelle que la dernière épidémie paraît bien avoir mise en lumière.

Cette thèse assez volumineuse est divisée en deux parties égales, la première exclusivement consacrée à l'examen des doctrines et aux dissertations, la seconde exclusivement réservée à la relation des cent observations déjà signalées et qui sont les unes prises dans les auteurs et dans les journaux, les autres inédites et personnelles à l'auteur. Je répète encore que cette collection d'observations forme la partie intéressante de la thèse, et qu'on y trouve des spécimens de la plupart des circonstances cliniques dans lesquelles la grippe joue un rôle.

Quant à la première partie, c'est un résumé analytique de tout ce qui a été publié sur ce sujet. M. Leledy n'admet pas, et je suis tout à fait de son avis, la *folie grippale*. Pour lui, il n'existe pas d'état psychopathique spécial et caractéristique, provoqué exclusivement par la grippe. Il est d'autant plus utile de bien noter cette manière de voir de notre confrère que celui-ci, sans doute afin d'être plus clair, a cru devoir adopter une méthode d'exposition qui semble ne pouvoir s'adapter qu'à la seule description d'une véritable entité. Ainsi il étudie successivement la symptomatologie, le diagnostic, la marche, l'étiologie et le traitement des folies liées à l'influenza. Il en résulte, contrairement à ce qu'il espérait, qu'il faut apporter une grande attention pour suivre sa pensée d'un bout à l'autre du mémoire.

L'historique tient une place importante. Rien de ce qui a été écrit sur ce sujet ne paraît avoir été oublié. La question de savoir si fièvre et aliénation mentale sont choses incompatibles est discutée longuement. Mais ce sont quand même les travaux

modernes qui sont les plus soigneusement interprétés, et le mémoire connu de M. Christian: *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, est largement mis à contribution.

M. Leledy adopte la classification des délires liés aux maladies de Kræpelin, c'est celle qui lui sert de guide dans tout le cours de son étude. Il reconnaît, par conséquent, trois sortes de délire. Le délire qui apparaît au début de la maladie aiguë dont il est parfois le symptôme initial; le délire qui apparaît pendant la période d'état et qui est lié à l'hyperthermie; le troisième délire, enfin, le plus important, qui se développe pendant la convalescence. Cette classification est méthodique et naturelle, les trois sortes de délire pouvant se manifester chez le même sujet, ce qui indique jusqu'à un certain point leur indépendance réciproque.

Le délire du début de l'affection aiguë se dissipe en général rapidement, sauf chez les prédisposés parfois; celui de la période d'état disparaît ordinairement dès que la température redevient normale. Quant au délire de la convalescence, il varie beaucoup dans sa forme et dans son évolution, c'est ainsi qu'il peut cesser rapidement dès que le malade a récupéré ses forces, ou bien au contraire passer de suite à la chronicité, ce qui s'observe principalement chez les prédisposés héréditaires. La forme de ce délire de la convalescence est très variable, mais on noterait toujours la tendance à l'obnubilation intellectuelle et à la stupeur. Ce serait la caractéristique de ce genre de délire. Enfin, on peut encore admettre un quatrième délire, qui n'apparaît que longtemps après la guérison de la maladie aiguë. Cette dernière n'a alors agi que comme cause déterminante de la folie chez les prédisposés, et cette folie n'est qu'une folie vulgaire qui en partie ne présente aucun caractère spécial.

Dans un chapitre intitulé: « Forme de l'aliénation », M. Leledy expose qu'à l'asile de Beauregard, sur 22 cas de folie liée à l'influenza, il a observé 13 fois des états maniaques, 6 fois des états mélancoliques, une fois la folie circulaire, une fois la folie intermittente et une fois la paralysie générale. Il ne tire de cette statistique aucune conclusion nette. A cette question: « Une maladie aiguë étant donnée, aura-t-on à craindre une forme de délire plutôt qu'une autre? » il répond non, sans aucune restriction. Il est un facteur, ajoute-t-il, qui joue un grand rôle sur la forme du délire, c'est l'influence des antécédents personnels et héréditaires des malades.

A noter encore un chapitre consacré à l'influence des maladies aiguës, et de la grippe en particulier, sur les maladies mentales, qui ne renferme comme les autres que le résumé des travaux antérieurs sur ce sujet.

Il est inutile d'analyser en détail tout le travail de notre confrère. Ou n'y trouve pas de données originales, tout n'est en somme que l'exposé, très bien présenté d'ailleurs, de l'état actuel de la science sur ce point de la psychiatrie: De l'influence des maladies aiguës sur l'aliénation mentale. Il faut seulement retenir que la « folie grippale », que certains médecins ont voulu reconnaître à des caractères spéciaux, est absolument et très judicieusement niée par M. Leledy, qui a très bien su mettre en relief le rôle prépondérant de la prédisposition.

On regrette qu'un travail très consciencieux, à bien des points de vue, ne renferme par une véritable étude de l'influence comparative des maladies infectieuses sur l'aliénation mentale. Il serait intéressant de savoir si la grippe, par exemple, provoque l'apparition des troubles psychiques, plus fréquemment que la variole, l'impaludisme, la fièvre typhoïde, etc. Il serait aussi intéressant de savoir si la dernière épidémie n'a pas, comme on l'a soupçonné, particulièrement influencé le système nerveux, s'il y a eu une différence, selon les pays et les régions, dans l'influence nocive de la grippe sur le fonctionnement cérébral, etc. Ce sont des questions de ce genre qu'on pouvait s'attendre à trouver traitées dans cette thèse volumineuse et réellement travaillée. Mais enfin, il existe quand même dans l'étude de notre confrère des documents cliniques importants, ce sont les cent observations qui seront toutes lues avec intérêt.

CAMUSET.

De l'idée de persécution dans la mélancolie et dans le délire de persécution; par le D^r Blin, interne des asiles de la Seine, ancien externe médaillé des hôpitaux et de la Salpêtrière, ancien élève de l'École des hautes études. Paris, 1893. Aux bureaux du *Progrès médical*.

Cette étude de séméiologie est écrite surtout sous l'inspiration des doctrines de l'un des maîtres les plus éminents de notre spécialité, M. J. Falret, mais on y trouve aussi des pro-

positions qui me semblent en partie inédites et personnelles à l'auteur.

M. Blin s'est proposé d'étudier d'abord l'idée de persécution en elle-même, et ensuite de rechercher si cette idée délirante ne présentait pas, quand elle se manifestait dans le cours de la mélancolie, du délire des dégénérés ou dans le délire chronique, quelques caractères spéciaux capables de permettre d'établir, ou tout au moins d'aider à établir, le diagnostic de ces différents états morbides. Son travail offre une particularité que je tiens à noter de suite, il est bâti sur un nombre important d'observations, trente-sept, qui toutes ont été recueillies par lui dans les services où il a observé.

Le premier chapitre : *Idee de persécution*, est très court, il ne contient qu'un exposé des plus sobres des caractères intrinsèques de l'idée de persécution.

Le second : *Pathogénie de l'idée de persécution*, est beaucoup plus développé ; mais, malgré son titre, il ne faut pas s'attendre à y trouver beaucoup de psychologie normale ou de psychologie pathologique. Ce que M. Blin appelle pathogénie des idées de persécution, c'est simplement le mode et l'époque d'apparition de ces conceptions morbides, ainsi que leur sémiologie. Notre confrère, en effet, dans une série d'observations, montre les idées de persécution entrant comme symptômes dans la folie alcoolique, dans le délire des dégénérés, dans le délire chronique.

Ces observations rapidement rédigées se rapportent toutes à des particularités différentes du symptôme principal, l'idée de persécution, et à la suite de chacune d'elles ces particularités sont notées et discutées. Il y a là des indications cliniques très intéressantes, et des remarques judicieuses et délicates, qui mettent bien au jour les qualités de clinicien de M. Blin.

Voici une de ces remarques qu'il faut reproduire, parce qu'elle est juste et parce que notre confrère cherche à l'expliquer d'une façon ingénieuse et originale. En général, dit M. Blin, dans la mélancolie avec idées de persécution, ces dernières n'apparaissent que plus ou moins longtemps après le début de la mélancolie. Et ce qui est beaucoup moins connu, la mélancolie guérie, ou tout au moins les idées de persécution dissipées, celles-ci, les idées de persécution, sont oubliées par les malades. Il y a, dans ces circonstances, une sorte d'amnésie, d'amuésie partielle même, car les sujets ont oublié leurs idées de persécution, mais ils ont conservé un souvenir vague des actes commis sous l'influence de ces idées. Ainsi, une agres-

sion qui a été la conséquence d'une idée de persécution, ne disparaît pas complètement de la mémoire, tandis que l'idée de persécution elle-même est tout à fait oubliée.

M. Blin donne à ces phénomènes cliniques l'interprétation suivante: Il existe ordinairement chez les mélancoliques un état mental particulier, jusqu'à un certain point comparable à celui qu'on rencontre chez les personnes hypnotisables et suggestibles. L'analogie entre ces deux états est frappante au point de vue physique. Dans les deux cas les sujets sont apathiques, sans spontanéité, ils restent où on les place, les yeux demi-clos, les bras ballants, indifférents à ce qui se passe autour d'eux. L'analogie s'étend plus loin encore; chez les dégénérés mélancoliques et chez les hypnotisés arrivés à la phase en question, qu'une sensation étrange, avec idée chimérique, soit perçue par le cerveau torpide, elle ira naturellement impressionner une région quelconque de l'écorce cérébrale. Mais, contrairement à ce qui se passe à l'état normal, cette sensation étrange ou cette idée chimérique ne subira pas l'épreuve de contrôle et d'examen des idées antérieurement acquises. L'idée sera, en conséquence, acceptée par le cerveau obnubilé, elle s'imposera, deviendra idée forte et gardera sa prépondérance quelque temps encore après le réveil des centres de contrôle.

En somme, l'idée de persécution dans la mélancolie serait le résultat d'une sorte d'auto-suggestion, et c'est ce qui explique son éclosion alors que l'affection dure depuis un certain temps déjà, sa disparition alors que l'accès mélancolique n'est pas encore dissipé, et l'amnésie partielle enfin dont elle est l'objet. Il est inutile de dire que, dans tout cela, M. Blin ne voit qu'une hypothèse, justifiée seulement par la majorité des faits cliniques, mais c'est en réalité une hypothèse ingénieuse.

Quant aux caractères distinctifs des idées de persécution dans ces diverses psychoses, ils sont ainsi résumés dans les lignes suivantes que je copie: « *Chez les dégénérés*, en plus de certains symptômes particuliers, variabilité de règle, inconstance absolue. *Chez les persécutés*, vraie régularité logique, délire touffu de détail, réaction, égoïsme. *Chez les mélancoliques*, idée délirante réduite pour ainsi dire à sa plus simple expression, pas de détail, pas de réaction, altruisme, tendance à s'exagérer les moindres choses, facies caractéristique. »

L'évolution de l'idée de persécution est aussi très variable selon les différents états psychopathiques, d'où des données,

importantes au point de vue du diagnostic, basées sur la marche et sur la transformation de cette conception délirante.

Chez les dégénérés, passage sans ordre de l'idée de persécution à une autre idée délirante. *Chez les persécutés vrais*, chronicité et évolution régulière vers l'idée ambitieuse et la démence. Précision du souvenir des persécutions anxieuses, que le malade reporte souvent très loin dans le passé, et à une époque où il n'était pas encore délirant. *Chez les mélancoliques*, tendance à la guérison, et comme il a déjà été dit, disparition de l'idée de persécution avant ce délire mélancolique. Chronicité possible,

Enfin M. Blin, disciple de M. Falret, termine en affirmant le bien fondé d'une conception doctrinale de son maître. — Le persécuté exagérant sa valeur, rapportant tout à lui-même, arrive à se croire le centre autour duquel gravite le monde social (mégalo manie). Le mélancolique sans confiance en lui-même, incapable, indigne, arrive à douter de tout, et, à la fin, à tout nier, à se nier lui-même (délire de négation). Les deux malades partent d'un même point, l'idée de persécution, et alors que l'on devient *tout*, l'autre aboutit à n'être *rien*. C'est certainement là une conception simple et harmonieuse, malheureusement les faits cliniques ne les confirment pas, selon moi du moins.

J'ai suffisamment insisté, j'espère, pour démontrer que M. Blin a très heureusement traité un des points les plus importants de la pathologie mentale; j'ajouterai que sa thèse n'est pas une simple compilation ni une revue critique, elle renferme au contraire nombre de données originales. C'est pourquoi les médecins aliénistes la liront tous avec grand intérêt.

CAMUSET.

Influence du travail intellectuel sur les variations de quelques éléments de l'urine à l'état physiologique; par le D^r Henry Thorion. Paris, J.-B. Baillièrre et fils, 1893, in-8°.

Travail d'une rare solidité de méthode, et dont voici les conclusions: « Le travail intellectuel augmente le *volume de l'urine*, la *magnésie*, et surtout la *chaux*; il diminue la *densité* et l'*acide sulfurique*; l'*acide phosphorique* total, qui ne présente pas de variation quantitative, subit probablement un changement qualitatif: sa répartition est sans doute modifiée entre les *phos-*

phates terreux, qui s'élèvent, et les *phosphates alcalins*, qui s'abaissent. »

L'auteur, qui se défend d'être métaphysicien, est-il psychologue ? Certes il connaît les textes et les doctrines, et j'ai relevé cette phrase, qui ne manque pas de profondeur, sinon de nouveauté : « Le repos absolu de l'esprit nous apparaît irréalisable. Un organe ne peut cesser de fonctionner qu'en mourant ; tant qu'il vit, le cerveau pense. Vainement on prétendrait, en fermant la porte des sens, bannir l'activité mentale ; l'immobilité, le silence, l'obscurité complète sont impuissants à réfréner le travail psychique : la pensée est incoercible. Parlera-t-on du sommeil ? Il est un autre état de conscience. Et la conscience elle-même est une simple modalité de la pensée, modalité relativement rare : le plus grand nombre des phénomènes psychiques sont inconscients. »

Mais, encore qu'il n'admette que comme vraisemblable, et avec réserve expresse, que le travail intellectuel exerce sur la désassimilation du cerveau une influence réelle, M. Thorion laisse bien paraître, en prenant à son compte les paroles suivantes de son maître, M. le professeur Bernheim, qu'il n'est point encore délivré des doctrines dualistes de la tradition : « Nous ne connaissons l'âme qu'enchaînée au corps, inhérente à la matière, et la science ne peut dire si l'âme est indépendante du corps, si l'esprit existe sans la matière. » (Discours prononcé, à Nancy, à la séance de rentrée des Facultés, le 3 novembre 1892.)

Ne croit-on pas rêver ? L'esprit et la matière ! L'âme et le corps ! L'âme enchaînée au corps ! Ces naïvetés énormes, qu'on rencontre encore souvent dans les livres des médecins, et non pas seulement de ceux de Nancy, attestent simplement que ces hommes de science ont fait leur « philosophie », comme les magistrats, les officiers et les évêques. Tous parlent du même style, et n'ont pas eu le temps d'oublier leurs cahiers.

Mais ce qui, à cet égard, peut paraître fâcheux chez tout autre, est inexcusable chez un biologiste. Il ne s'agit pas d'opposer une doctrine à une autre doctrine, le matérialisme au spiritualisme, par exemple. Ce sont là des vocables scholastiques qui n'ont plus de sens pour qui connaît l'état de la science en matière de psychologie. Il s'agit de ne plus parler de choses qu'on n'entend pas, qu'on ne saurait même entendre, et l'âme et le corps, l'esprit et la matière, sont de ces choses-là.

JULES SOURY.

Aortic aneurysm and Insanity (Anévrysme aortique et folie); par le D^r W. Julius Mickle. Broch. in-8°. Extrait de *Brain*, 1889.

M. Mickle a eu l'heureuse chance d'observer onze cas d'anévrysme de l'aorte compliqués de folie. Qu'il me permette de lui reprocher de n'en avoir pas suffisamment profité.

Ces malades, hypocondriaques ou persécutés, interprètent d'une façon délirante les troubles de leur sensibilité générale, et certains d'entre eux ont des hallucinations de l'ouïe. — L'auteur explique très bien le mécanisme de ces troubles par la compression d'organes ou de nerfs voisins de la tumeur; mais pourquoi déliraient-ils dans leur interprétation, il n'en dit rien ou presque rien. En effet, sauf l'indication de vieux buveur que je trouve dans quelques-unes de ces observations, il n'est nulle part question des antécédents personnels et héréditaires de ces malades.

L'état somatique était nettement défini, la part du terrain mental eût été presque facile à déterminer, et la question toujours délicate de l'étiologie eût pu y gagner quelque éclaircissement; nous le regrettons, car pareille série ne doit pas se présenter souvent.

D^r JOURNIAO.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— De quelques déformations du thorax et en particulier du thorax en entonnoir et du thorax en gouttière; par Ch. Féré et Ed. Schmid. Broch. in-8 de 22 pages. Extrait du *Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques*, numéro de septembre-octobre 1893.

— Le lesioni delle arce corticali extrarolandiche come causa dell' epilessia. Casi clinici et ricerche sperimentali (Les lésions de la zone corticale extrarolandique comme cause d'épilepsie. Observations cliniques et recherches expérimentales); par le D^r L. Roncoroni. Broch. in-8° de 23 pages. Extrait du *Giornale della reale Accademia di Torino*, 1893.

— Puissance d'action des injections brown-séquardiennes chez l'adulte et le vieillard. Procédé opératoire et observations personnelles; par les D^{rs} René Serrand et L. Jordanis. Broch. in-8° de 32 pages. Paris, A. Maloine, s. d.

— La folie est une maladie non de l'esprit, mais du corps; par le D^r V. Parant. Broch. in-8° de 31 pages. Extrait des Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, 1893.

— Le merveilleux scientifique; par J.-P. Durand (de Gros). 1 vol. in-8° de 344 pages. Paris, F. Alcan, 1894.

— Primo istituto italiano dei frenastenici per la cura e l'educazione dei famiulli e giovanetti idioti, imbecilli ed arretrati (Premier institut italien de frénasténiques pour le traitement et l'éducation d'enfants et de jeunes gens idiots, imbeciles et arriérés); par le fondateur Aut. Gormelli-Cioni. 4^e rapport annuel 1892-1893. Broch. in-8° de 36 pages. Lecco 1893.

— Dégénérescence; par Max Nordau, traduit de l'allemand par Aug. Dietrich. 2 vol. in-8° (430 et 575 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1894.

— Das Vorkommen des Gaumeuwulstes (Torus palatinus) im Irrenhause und bei geistig Gesunden. (De l'existence de l'exostose médio-palatine (Tonus palatinus) dans l'asile d'aliénés et chez les gens sains d'esprit); par le D^r P. Naecke, de Hubertusburg (Saxe). Broch. in-8° de 17 pages. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*, XXX, fasc. 2. s. d.

— Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique; par le D^r Ch. Vallon. Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix. Civrieux, 1892), 1 vol. in-4 de 104 pages. Paris, G. Masson, 1894.

— Die Rumination, ein seltnes und bisher kaum beachtetes symptom der Neurasthénie (La rumination. Un symptôme rare et jusqu'ici guère observé de la neurasthénie); par le D^r P. Naecke, 3 pages in-8°. Extrait du *Neurologisches Centralblatt*, 1893, n° 1.

— Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). Rapport sur le service, de décembre 1892 à juillet 1893; par le D^r Marie, directeur-médecin. Broch. in-8° de 19 pages, s. l. n. d.

— Zur Methodologie einer wissenschaftlichen Criminal-Anthropologie (De la méthodologie d'une anthropologie criminelle scientifique); par le D^r P. Naecke. Broch. in-8° de 10 pages. Extrait du *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, numéro d'octobre 1893.

— Le alterazioni della voce nelle malattie mentali in rapporto allo stato psichico. Note cliniche (Notes cliniques sur l'altération de la voix dans les maladies mentales et ses rapports avec l'état psychique); par le professeur Enrico Morselli. Broch. in-8 de 15 pages. Extrait du *Boll. delle malattie dell'occhio, della Gola e del Noso*. Florence, 1893.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 7 janvier 1894 : Sur la proposition du ministre de l'intérieur, sont nommés chevalier de la Légion d'honneur :

M. le D^r CHRISTIAN, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton. Docteur en médecine en 1860. Ancien médecin adjoint à l'asile de Montdevergues; médecin en chef de l'asile de Maréville en 1876 et de la Maison nationale de Charenton depuis 1879. Trente-trois ans de services;

M. le D^r GARNIER (Paul-Emile), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police. Médecin adjoint en 1883, médecin en chef depuis 1886. Ancien médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés. Vingt ans de services. Titres exceptionnels. Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine; auteur de nombreux travaux scientifiques.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, du 14 janvier 1894* : Est nommé officier d'académie M. le D^r BIAUTE (Alcée-Jean-Baptiste-Paul-Auguste), médecin en chef de l'hospice des aliénés de Nantes (Loire-Inférieure), délégué cantonal.

— *Faculté de médecine de Paris* : Le personnel auxiliaire du laboratoire de clinique des maladies mentales est constitué ainsi qu'il suit, pour l'année scolaire 1893-1894 : MM. les D^{rs} KLIPFEL, chef; SERVEAUX, aide; SAUVINEAU (Arthur-Simon-Charles), en remplacement de M. Lebillâtre, dont les fonctions sont expirées.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE SUR LES RETENUES SUR LES AVANTAGES EN NATURE

Paris, le 12 janvier 1894.

Monsieur le Préfet, une circulaire de l'un de mes prédécesseurs en date du 5 janvier 1861 (*Bulletin officiel du Ministère de l'intérieur*, 1861, page 65), porte que :

« Les avantages en nature sur lesquels devra être prélevée la retenue au profit des Caisses départementales de retraites seront évalués de la manière suivante :

« 1^o Pour la nourriture, 500 francs;

« 2^o Pour le logement et tous autres avantages, le dixième du traitement fixe. »

Dans un grand nombre de départements, l'Administration et le Conseil général ont pensé que cette disposition avait un caractère obligatoire, en ce sens que les retenues prescrites par le règlement de la Caisse des retraites devraient être opérées sur les avantages en nature, alors même que le règlement ne prévoirait pas expressément cette mesure. On a même pensé que les dits avantages évalués comme ci-dessus devaient entrer en compte pour l'établissement du traitement moyen qui sert de base au calcul des pensions.

Cette interprétation trop large des instructions ministérielles a eu des conséquences sur lesquelles je crois utile d'appeler votre attention. Des fonctionnaires qui avaient joui d'avantages en nature soumis à des retenues, sans que le règlement de la Caisse contiât à cet égard des stipulations expresses, et qui, par suite, s'attendaient à ce qu'il fût tenu compte de ces avantages dans la liquidation de leur pension, ont vu leurs espérances déçues, et leur pension a dû être calculée seulement sur le montant de leur traitement fixe. Les réclamations qu'ils ont formées contre ce mode de liquidation n'ont pu recevoir d'autre suite que le remboursement des retenues indûment perçues.

En conséquence, Monsieur le Préfet, pour le cas où les agents de votre département qui reçoivent des avantages en nature subiraient, malgré le silence du règlement de la Caisse des retraites, des retenues sur ces avantages, ou pour le cas où l'assemblée départementale serait d'avis de les faire entrer en compte dans la liquidation de la pension, vous voudrez bien lui faire remarquer que la circulaire de 1861 ne saurait avoir d'autre portée que celle d'une indication générale et n'a pu entraîner par elle-même une dérogation aux dispositions statutaires des Caisses départementales de retraites. Elle ne peut donc recevoir d'application que si elle est expressément visée par les statuts, ou si les avantages en nature sont expressément soumis, même sans évaluation, aux retenues réglementaires.

Dans le cas où il y aurait lieu de modifier en ce sens le règlement de la Caisse des retraites, vous jugerez sans doute à propos de prendre l'initiative d'une proposition dans ce sens lors de la prochaine réunion du Conseil général et je crois utile de vous faire observer à cette occasion que la délibération qui interviendra peut avoir un effet rétroactif, à la condition de le déclarer expressément.

Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Ministre de l'Intérieur :

Le Conseiller d'Etat,

Directeur de l'administration départementale et communale,

Signé : MASTIER.

UNE ENQUÊTE SUR LE SUICIDE

Un médecin anglais, qui se préoccupe de la fréquence des suicides en Angleterre, vient de se livrer à une petite enquête sur cette épidémie que les plus éloquents objurgations ne peuvent enrayer.

En publiant le résultat de ses recherches, il avertit le lecteur qu'il ne garantit pas une exactitude absolue, n'ayant eu parfois d'autres autorités que les renseignements de la police ou les maigres détails transmis par le télégraphe.

Le docteur a opéré sur 100 cas réunis au hasard, un peu partout, au courant de la production quotidienne de l'année dernière, et il a distribué cette centaine de suicides en catégories d'âge, de sexe, de situation sociale, de motifs et des moyens employés.

Il a relevé comme âges extrêmes 9 ans et 80 ans; de 9 ans à 11 ans, 3 suicides; de 11 à 18 ans, 9, dont 3 filles; au-dessus de 18 ans et jusqu'à 30, il enregistre 8 suicides de femmes sans indiquer le contingent masculin, et il place enfin le plus grand nombre des cas entre la trentième et la soixantième année.

On le voit, ses renseignements sur ce premier point sont malheureusement très incomplets.

Dans ce nombre de 100 suicides, le sexe fort figure pour 84; on s'étonnera peut-être — remarque l'auteur anonyme — de la petite proportion des suicides féminins; en réalité, cette proportion est plus faible si l'on opérait sur de plus gros chiffres. En Angleterre, les suicides de femmes n'atteignent pas le tiers du total annuel; cela vient de ce que les femmes sont moins directement mêlées à la lutte pour l'existence, mais il y a d'autres raisons. Ainsi, en Prusse, on a compté pendant les années 1883-1885, 299 morts volontaires dans la population des écoles; sur ce nombre, il y avait seulement 49 filles, c'est donc que le masculin, d'un tempérament moins impétueux est aussi plus résolu.

Quant à la situation sociale des suicidés, bien qu'encore la notre auteur n'ait pas réuni tous les renseignements désirables, ses conclusions paraissent mieux établies.

L'examen de 50 cas lui a donné les résultats suivants: ouvriers, 8; bourgeois, 6; domestiques, 6; officiers, 5; négociants, 4; employés, 4; boursiers, 2; marchands, 2; médecins, 2; hommes de lettres, 2; professeurs, 2; aubergistes, 2; une fille de comptoir, 1 secrétaire, 1 petit marchand, 1 institutrice, 1 agriculteur.

Ces résultats sont très voisins de ceux que de précédents travaux nous ont fait connaître et l'on peut admettre comme

certains — ainsi que l'assure notre auteur — que la plus forte proportion de morts volontaires est fournie par la classe des artisans habiles, gagnant normalement un bon salaire, vivant confortablement en famille.

« Cet ouvrier, écrit le médecin anglais, a des aspirations au-dessous desquelles il ne pourra supporter que son existence soit ravalée : il a des besoins qu'il lui sera intolérable de ne plus satisfaire.

« D'autre part, ni les principes religieux, ni l'instruction ou l'éducation intellectuelle ne sont assez forts chez lui pour lui donner un appui, pour lui enseigner le conseil du poète : *æquam servare mentem rebus in arduis*. Aussi l'adversité le trouve-t-elle absolument désarmé et partout vulnérable. Il perd la tête et se tue. »

Si l'on étudie les trois classes rejetées tout à fait en bas de l'échelle, les pauvres, les indigents et ceux que l'auteur anglais désigne par ces termes énergiques : *outcast, submerged*, on constate que, dans ces milieux, la tendance au suicide est étonnamment moins prononcée que dans les classes moyennes, et qu'elle disparaît presque complètement lorsqu'on arrive à l'extrême limite de la misère.

Ceci s'explique par des raisons assurément complexes, mais parmi lesquelles il faut sans aucun doute placer une sensibilité émoussée, une véritable inaptitude à la souffrance. On se méprendrait, si l'on pensait que ceux que nous entourons de notre commisération et qui nous paraissent endurer les plus cruelles privations, ressentent dans leur triste condition ce que nous éprouverions, y étant subitement jetés. La misère qui pousse au suicide, c'est la misère morale, non celle du corps. La souffrance physique est une des causes de suicide les moins fréquentes.

Si l'homme et la femme cherchent à tous les âges un refuge dans la mort, le choix des moyens est aussi très varié. Les 100 cas étudiés se répartissent ainsi : noyade, 21 ; armes à feu, 18 ; pendaison, 12 ; couteau, 11 ; poison, 9 ; divers, 8 ; 21 cas sont restés inconnus.

La femme se noie volontiers ; les eaux exercent sur elle une fascination bien connue ; dans le rapide courant, elle se sent doucement emportée quelque part hors du monde, dans une région de rêve, loin de la douleur et de l'ennui. Elle emploie rarement le revolver qui est, au contraire, presque toujours adopté par les hommes romanesques, les officiers et les hommes d'affaires. La corde est le signe d'un extrême abattement, c'est à elle qu'ont recours les gens de trente-cinq à quarante ans qui ont perdu leur situation. Se couper la gorge est généralement le fait d'un homme atteint de la manie aiguë du suicide ; comme

tous les procédés violents, ce moyen est peu employé par les femmes.

Les deux sexes usent également du poison : l'homme emploie volontiers le laudanum, la femme témoigne une préférence marquée pour des liquides corrosifs. D'ailleurs, le choix du poison dépend le plus souvent des circonstances.

Parmi les moyens divers, l'auteur cite l'emploi du pétrole, de la dynamite et de différents insecticides.

« Dans la plupart des cas, le motif du suicide, dit-il, a été insuffisant pour que nous nous expliquions cette suprême résolution. Nous comprenons tous que l'homme du monde ne veuille survivre à sa réputation, que le dipsomane, le meurtrier, le vieillard sans emploi ne puissent envisager et affronter l'avenir; mais quelques rubriques exigent un commentaire. Par exemple, « la préférence pour la mort », cela semblera une nouvelle appellation de la folie pour tous ceux qui n'admettent point qu'un homme sain d'esprit préfère la mort à l'existence. Mais, cependant, ne rapporte-t-on pas des cas de suicide exécutés froidement, avec le plus grand calme et la plus tranquille résolution, par des gens qui ne présentaient pas le plus léger symptôme d'aliénation mentale et qui, pour mourir, n'étaient pas poussés par d'autres causes que leur seule volonté. »

L'auteur rapporte à ce sujet l'exemple emprunté de l'écrivain populaire Castello Branco. Il avait atteint un âge avancé, gardant la pleine possession de ses facultés intellectuelles, entouré de l'affection des siens et en parfaite santé. Il se tue d'un coup de pistolet. Il venait précisément d'écrire un roman où la mort volontaire était présentée comme la plus belle fin d'une existence laborieuse. N'est-ce point ici la préférence délibérée pour la mort?

Le docteur cite encore le cas de ce jeune professeur de médecine : il terminait une leçon sur les acides; prenant un verre, il y laisse tomber quelques gouttes d'un poison dont il venait d'expliquer les caractères et l'action sur l'organisme.

— Attention! jeunes gens, dit-il à ses élèves, attention, vous allez voir un homme mourir en deux minutes. Adieu tous!

Il avale la dose et meurt.

Le statisticien anglais n'est cependant pas bien sûr que ce ne soit pas là un cas de démence; sans doute, on ne peut pas prononcer ici le mot folie avec toute sa signification, mais tout de même le verdict habituel du coroner « dérangement d'esprit », serait probablement plus près de la vérité.

Enfin, un dernier cas rangé dans une classe très particulière où, sans doute, les statisticiens n'auront pas souvent l'occasion d'en placer un autre :

Ayant jusqu'alors vécu dans la plus modeste condition, un homme hérite de 300,000 livres; avec ces 7 millions 1/2 il se fait construire une habitation splendide, organise sa vie princièrement. Mais voici qu'au milieu de sa subite opulence, il fait observer à l'une de ses domestiques qu'il est seul et bien malheureux et qu'il voudrait bien revenir en arrière. Puis il prend un pistolet et se brûle la cervelle.

Beau sujet pour un moraliste ou un prédicateur, dit notre auteur en terminant l'exposé de la petite enquête entreprise par manière de distraction.

(Le *Petit Temps*, numéro du 20 février 1894.)

DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS DE L'ÉTAT DE NEW-YORK

Les journaux américains parlent de difficultés qui se sont élevées entre le Conseil des *Commissionners in Lunacy* de l'État de New-York, et les comités d'administration des asiles d'aliénés de cet État. Le Conseil a émis la prétention de se substituer entièrement aux comités d'administration jusque dans les moindres détails; il veut leur enlever le droit de faire aucun achat, d'engager le moindre employé, de faire même la plus petite réparation aux bâtiments sans son autorisation. Les Comités protestent unanimement et déclarent injustifiée et blessante pour eux la prétention du Conseil. Les administrateurs de l'asile d'Utica, dans leur rapport sur l'exercice 1893, expriment d'une manière à la fois ferme et mesurée les protestations communes. Ils ne repoussent pas le contrôle supérieur du Conseil, mais ils disent que son intervention, dans la forme où elle se présente, est préjudiciable aux intérêts des asiles, nuisible au bien des malades, et injurieuse pour les membres des Comités d'administration.

Et de fait comment les trois membres du Conseil des *commissionners in Lunacy* pourront-ils suivre, presque au jour le jour, les besoins des asiles de l'État qui hospitalisent près de neuf mille aliénés? A chaque instant il se présente des incidents, des nécessités qui réclament une solution immédiate; et le délai qu'imposerait l'obligation d'en référer au Conseil pourrait avoir des conséquences fâcheuses, même absurdes.

D'autre part, l'amointrissement, l'annihilation de leur autorité blesse à juste titre les administrateurs des asiles. Si la mesure que le Conseil veut généraliser, disent-ils, a pour but d'empêcher une mauvaise gestion, ou même des malversations, comment trois hommes, qui vivent loin des asiles, pourront-ils, à eux seuls, faire mieux que des administrateurs qui, étant sur place, peuvent mieux se rendre compte de ce qui se passe, l'apprécier par eux-mêmes et qui, par leur nombre, peuvent

plus aisément échapper aux dangers d'une mauvaise administration ?

Les difficultés dont il s'agit amènent un conflit véritable. Les administrateurs disent que ce Conseil interprète d'une manière trop absolue ou trop étendue les droits que lui confie la loi entrée en vigueur le 1^{er} octobre 1893. En tout cas leurs protestations, leurs réclamations semblent légitimes, et si le Conseil ne se trompe pas dans son interprétation de la loi, les termes de celle-ci devront certainement être amendés.

FAITS DIVERS

Revision de la loi sur les aliénés. — Dans la séance de lundi 19 février 1894, M. Ernest Lafont a déposé sur le bureau de la Chambre des députés un rapport sur les propositions de loi : 1^o de MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont sur le régime des aliénés ; 2^o de M. Georges Berry, tendant à autoriser les départements à placer dans les familles les déments séniles, les idiots, les gâteux. Ce rapport sera imprimé et distribué.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 11 février 1894 :

La chaire de clinique des maladies du système nerveux de la dite Faculté est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Création d'une maison de santé pour les aliénés en Algérie. — Une maison de santé privée pour le traitement des maladies mentales et nerveuses s'est ouverte à Alger depuis quelques mois. Elle est située sur le plateau de Notre-Dame d'Afrique, commune de Saint-Eugène. M. le D^r Rouby de Dôle en est le propriétaire et l'organisateur ; M. le D^r Pacotte, ancien médecin de l'Institut hydrothérapique de Lyon, en est le directeur. Cette nouvelle intéresse, à un autre titre, nos confrères en aliénation mentale ; c'est la création dans cet établissement d'un pavillon spécial pour le traitement des alcooliques venant de ce côté-ci de la Méditerranée, lesquels continueront à être gardés dans la maison après guérison momentanée, en jouissant complètement de leur liberté, mis seulement à l'abri des rechutes par le défaut complet d'argent et l'impossibilité du retour. Nos confrères espèrent ainsi remplir le *desideratum* important que le prochain congrès de Clermont-Ferrand a mis à l'étude.

Les suicides dans l'armée allemande. — La Gazette hebdo-

madaire militaire publié sur les suicides dans l'armée allemande une statistique qui émane de sommités médicales. Celles-ci prétendent que le suicide est plus fréquent dans la race germanique, à cause de la sentimentalité de cette race, et établissent que, sur 10,000 individus, tant civils que militaires, il y a en Allemagne 2,71 suicides, en France 1,87, en Autriche 1,60, en Angleterre 0,76 et en Espagne 0,35.

Pour l'armée spécialement, pour 10,000 hommes, il y a en Allemagne 6,33 suicides, en France 3,33 et en Angleterre 2,09. Les causes des suicides dans l'armée allemande sont, d'après la statistique, le sentiment exagéré de l'honneur, la crainte de la punition et, enfin, les mauvais traitements. Ce sont les deux provinces prussiennes de la Saxe et de la Silésie qui fournissent le plus grand nombre de suicides. (*Le Temps*, numéro du 27 février 1894.)

MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DE J.-M. CHARCOT

Les élèves et amis de l'illustre et regretté professeur Charcot ont pris l'initiative d'une souscription pour élever un monument à sa mémoire. Il a été constitué, sous la présidence d'honneur de M. Pasteur, un Comité, composé de notabilités de monde politique, de membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, de professeurs des Facultés de médecine, etc. Nous engageons vivement nos lecteurs, qui, mieux que personne, connaissent les immenses services rendus à la neurologie par l'éminent créateur de l'École de la Salpêtrière, à participer à cette souscription et à contribuer ainsi à rendre un suprême hommage au savant qui a honoré son pays et fait progresser la science. Les souscriptions peuvent être adressées à M. G. Masson, trésorier du Comité, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

RECTIFICATION

Dans le numéro de novembre 1893 des *Annales* (p. 497) en analysant le rapport de l'asile de Bouroschevo, nous avons dit : « Les ateliers organisés par le D^r Bioschkoff, etc... » M. le D^r Bioschkoff nous écrit pour nous dire que ce n'est pas lui qui a organisé les ateliers et qu'ils existaient déjà avant son arrivée à l'asile. Il n'aurait fait que rédiger la partie du rapport qui concerne leur fonctionnement. — D^r LWOFF.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS


Chronique

Le nouveau rapport de M. Ernest Lafont sur le projet de revision de la loi du 30 juin 1838.

La commission parlementaire chargée d'examiner la proposition de MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont sur le régime des aliénés, a mené rapidement son travail ; le rapport a été déposé à la séance du 19 février et distribué dans le courant du mois de mars. Au projet de revision de la loi du 30 juin 1838 a été jointe une proposition de M. Georges Berry tendant à autoriser les départements à placer, dans les familles, les déments séniles, les idiots, les gâteux. La tâche de la commission était facilitée par ce fait que la question principale avait déjà été rapportée deux fois sous les législatures précédentes ; toutefois, le travail des prédécesseurs n'a pas été adopté dans son intégrité. Nous avons cherché à suivre le mouvement d'idées qui s'est opéré dans l'esprit des commissions parlementaires depuis que le texte voté par le Sénat a été soumis à la Chambre des députés, et, aujourd'hui, nous avons à passer en revue une

série de modifications de détails au projet dont nous avons antérieurement présenté l'analyse.

M. Lafont a fait de très larges emprunts à son précédent rapport sur la question, et l'a même reproduit textuellement toutes les fois que la nouvelle commission parlementaire n'a pas apporté d'amendement au texte du projet de loi. Nous n'avons pas de critique à formuler sur ce point, puisque, à notre avis, ce précédent rapport avait été rédigé dans un excellent esprit formant contraste avec certaines exagérations de M. Reinach. Mais ce sont surtout les modifications projetées qu'il nous convient d'examiner.

La proposition de M. Georges Berry a provoqué un amendement à l'article 1^{er}. M. Lafont, après avoir discuté les avantages et les inconvénients des divers modes d'assistance pour les aliénés, ajoute : « La dernière tentative de placement dit *familial* qui ait été faite en France, et qui semble avoir réussi, est celle qui a été essayée par le département de la Seine, à Dun-sur-Annon, dans le Cher. Le Conseil général, effrayé des dépenses toujours croissantes que lui occasionne le séjour de ses aliénés dans ses hospices, s'est décidé à user du placement familial pour les aliénés inoffensifs. Mais la loi lui donnait-elle le droit d'agir ainsi ?

« Tel n'est pas l'avis de notre honorable collègue, M. Georges Berry, qui, estimant que le Conseil général avait dû, pour installer la colonie de Dun, tourner la loi de 1838, a déposé, au commencement de cette législature, une proposition de loi, afin d'autoriser les départements à créer, suivant les besoins, des colonies familiales pour les déments séniles et les idiots qui y seront envoyés après un séjour d'observation dans les asiles. »

La commission, adoptant la proposition de M. Georges Berry, a ajouté, à l'article 1^{er} du projet de loi, les paragraphes suivants :

Les départements sont autorisés à créer, suivant les besoins, des colonies familiales pour les déments séniles et les idiots, qui y seront envoyés après un séjour d'observation dans les asiles.

Ces colonies familiales seront confiées aux soins de médecins et de gardes spéciaux. Elles seront soumises au contrôle d'inspecteurs choisis par le conseil supérieur de l'Assistance publique et nommés par le ministre de l'Intérieur. Les dépenses seront également imputées et réglées conformément aux articles 42 et 43 ci-après.

Ces dispositions auront besoin d'être complétées. Il serait bon de dire quelle est la situation des malades placés dans les colonies. Sont-ils assimilés aux aliénés retenus dans les asiles ? C'est ce dont il est permis de douter, puisqu'ils passent à la colonie après un séjour d'observation. Mais alors, quelle sanction aura-t-on pour maintenir un malade malgré lui, à la colonie ? Quelle sera la règle à suivre si le dément ou l'idiot ne peut être conservé à la colonie et doit être renvoyé dans un asile ? M. Georges Berry conteste que le département de la Seine ait eu le droit d'assister ses aliénés inoffensifs par le placement familial. La difficulté, au point de vue de la loi, n'était pas de placer des malades chez des particuliers, à Dun-sur-Auron, mais de conserver à ces malades le caractère d'aliénés, puisque les dispositions de la loi du 30 juin 1838 ne s'appliquent qu'aux malades placés dans les asiles ? Le paragraphe additionnel de M. Georges Berry ne suffit pas pour combler la lacune. En outre, on propose de confier les colonies familiales aux soins de médecins, spéciaux. Comment seront recrutés ces médecins, et pourquoi ne pas les prendre dans le cadre des médecins aliénistes ? On s'est préoccupé, dans le projet de loi, de rétablir des inspecteurs généraux pour le service exclusif des aliénés, et, pour les

colonies familiales, on prévoit une catégorie nouvelle d'inspecteurs choisis par le conseil supérieur de l'Assistance publique. Pourquoi ne pas faire rentrer l'inspection des colonies dans les attributions des inspecteurs généraux du service des aliénés? Ce serait à la fois simple et logique. On a pu, à bon droit, chercher à rendre légale l'existence de la colonie de Dun-sur-Auron, mais la rédaction proposée donne lieu à bien des critiques.

Nous ne trouvons pas de changement aux articles 2 et 3, ayant pour objet l'organisation du service; mais à l'article 4 nous voyons reparaître le curateur que la précédente commission parlementaire n'avait pas admis. A l'article 6, on rencontre une variante. Les internes et les secrétaires en chef doivent être nommés par le préfet au lieu de l'être par le ministre. Le concours continue d'être exigé pour la nomination des internes. Une petite erreur paraît s'être glissée dans le texte de la commission, à l'article 7, relatif aux aliénés traités à domicile. On lit que tout aliéné, reçu dans un domicile privé, est placé sous la surveillance instituée en vertu de l'article 9. Or, cet article a pour objet la nomination des administrateurs provisoires: il faut lire sans doute article 10 (visites du préfet, du procureur, du président du tribunal, etc.).

Une des dispositions nouvelles du projet de loi voté par le Sénat avait été de faire nommer les administrateurs provisoires par le ministre, sur une liste dressée par le tribunal civil du chef-lieu, et ces administrateurs provisoires devaient recevoir des honoraires. « S'il est un point, répète M. Lafont, comme dans son premier rapport, sur lequel partisans et adversaires des dispositions principales de la loi actuelle se trouvent d'accord, c'est sur la nécessité de remédier à l'insuffisante protection que rencontrent, dans cette loi, la gestion de la

fortune et la surveillance des intérêts de l'aliéné non interdit, quelque minimes qu'ils soient.

« Non pas que la loi de 1838 n'ait rien édicté à cet égard ; l'article 31 dit en effet : Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir. Mais ces fonctions sont le plus souvent exercées avec négligence, et de cela il ne faut pas s'étonner quand on considère que les membres de ces commissions ont, pour la plupart, des occupations personnelles qui ne leur permettent pas de s'attacher aux intérêts sur lesquels ils sont appelés à veiller. Cet administrateur délégué devait fatalement les négliger, et c'est ce qui arrive le plus souvent dans la pratique. » Suit le développement de cette idée d'où découle la nécessité d'attribuer une rétribution à l'administrateur des biens ; mais, dans le nouveau rapport, M. Lafont termine les considérations sur l'article 9 en disant : « Il est toutefois des départements, celui de la Seine par exemple, où les fonctions de ces administrateurs des biens des aliénés sont remplies gratuitement avec un soin et un zèle remarquables, par des hommes de bien qui consacrent leur temps et leur dévouement à cette charitable occupation. C'est pour cela que nous avons inséré, dans la loi, cette disposition qui permet aux commissions de surveillance de désigner des administrateurs provisoires. » Voici le nouveau texte proposé :

Dans chaque département, si la commission de surveillance n'a pas désigné un ou quelques-uns de ses membres pour gérer gratuitement les biens des aliénés, une ou plusieurs personnes nommées par le ministre de l'Intérieur sur une liste dressée par le tribunal civil du chef-lieu, remplissent, chacune dans sa circonscription,

pour les personnes placées soit dans les établissements publics ou privés d'aliénés, soit dans les colonies familiales, les fonctions d'administrateur provisoire aux biens.

Pour les aliénés étrangers au département, s'il y a plusieurs administrateurs, la désignation de l'administrateur est faite par ordonnance du président du tribunal du domicile de l'aliéné.

Il est pourvu de même à la nomination ou désignation des personnes chargées des fonctions de curateur à la personne.

Dans son précédent rapport, M. Lafont exposait que la commission n'admettait pas la création de curateurs, voyait là non seulement un rouage inutile compliquant le fonctionnement de la loi, mais encore trouvait des inconvénients à cette nomination parce qu'il pouvait s'élever des conflits regrettables entre le curateur et l'administrateur provisoire ou le médecin traitant. M. Lafont ajoutait que la loi donnait au curateur des attributions pour lesquelles il n'avait aucune compétence. La nouvelle commission parlementaire, paraît-il, n'a point partagé cet avis. Nous ignorons ce qui a produit ce revirement d'opinion. Le nouveau rapport est muet sur ce point. Le passage du premier rapport combattant la création de curateurs a disparu sans être remplacé par d'autres considérations.

Les articles 10 et 11 (autorités chargées de visiter les établissements, et organisation de l'inspection générale) reparaissent sans modifications ; mais nous trouvons, à l'article 12, encore une addition à la liste des personnes désignées pour constituer le comité supérieur des aliénés. La commission y fait entrer deux membres du Sénat et deux membres de la Chambre des députés nommés par le ministre de l'Intérieur pour la durée de leur mandat. Nous ne saisissons pas

l'intérêt de faire représenter le Parlement dans un comité qui n'est point chargé de légiférer, mais nous voyons de très grands inconvénients à accroître ainsi le nombre des membres du comité en y introduisant les éléments les plus divers. Le comité supérieur qu'on veut instituer n'est pas appelé, comme le comité supérieur de l'Assistance publique, à étudier des questions d'un intérêt général ; il doit jouer un rôle dans l'expédition des affaires ; c'est un organe administratif. Tel qu'il avait été conçu dans le projet voté par le Sénat, avec un nombre de membres limité, on pouvait le réunir facilement. Aujourd'hui, on veut doubler le nombre de ses membres, et y introduire un élément politique, ce qui ne nous paraît pas heureux. On a supprimé avec raison, croyons-nous, le comité départemental qu'on a jugé un rouage inutile et, par conséquent, un organe de ralentissement ; mais, par un véritable mouvement de bascule, on complique l'organisation du comité supérieur sans se préoccuper des entraves qu'apportera un conseil d'une composition hétérogène, ne pouvant point, par suite de cette composition, avoir des réunions périodiques assez rapprochées, et dont néanmoins, aux termes de la loi, l'avis est nécessaire pour prendre des décisions importantes. On se plaint souvent des lenteurs administratives et, malgré tout, on se laisse aller à des vues théoriques, au lieu d'adopter une solution pratique.

L'article 13 règle les placements volontaires, et la commission propose une nouvelle modification qui ne nous paraît pas heureuse. Le médecin qui fait le rapport concluant à l'admission doit avoir examiné le malade en présence du juge de paix, du maire ou du commissaire de police. On ne voit pas en quoi cette présence peut assurer une exactitude plus grande du diagnostic, et il est assez anormal d'éprouver le besoin de

faire surveiller le médecin par un commissaire de police. Il paraît que cette conception est due à M. Dubief, et nous sommes surpris de la voir venir d'un confrère, ancien directeur d'asile public.

La commission a maintenu les mesures provisoires proposées à l'admission des aliénés. Nous avons déjà dit, dans d'autres chroniques, ce que nous pensions de ces placements provisoires. Le Sénat les avait repoussés avec raison, croyons-nous, et nous espérons que la Chambre suivra l'exemple du Sénat.

Les articles 14 et 15 (intervention du maire si l'aliéné oppose une résistance pour se laisser conduire ; — placement des malades sur leur propre demande) ne sont pas modifiés. A l'article 16 (placement des aliénés à l'étranger), l'intervention du curateur reparait.

L'article 17, relatif à l'envoi des certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, n'est pas modifié. La commission a maintenu l'envoi des pièces en triple expédition, ce qui nous a toujours paru une paperasserie inutile.

L'article 18, qui renferme le point capital de la réforme (intervention de la magistrature), a été l'objet d'un amendement. M. Lafont, après avoir exposé les arguments pour et contre l'intervention des magistrats, fait connaître que la majorité de la commission s'est prononcée pour la substitution de cette intervention à l'autorité administrative dans le placement des aliénés, et il ajoute :

« Mais de quelle façon doit intervenir l'autorité judiciaire? Est-ce par le tribunal statuant en chambre du conseil, ainsi que l'établissent la loi votée par le Sénat et la proposition de loi présentée par M. Joseph Reinach ?

« Un membre de votre commission, M. Lefoulon, estimant qu'un jugement prononcé par le tribunal pourrait avoir quelques-uns des inconvénients que nous

avons signalés plus haut, et pensant en outre que, pour certains tribunaux et principalement pour celui de la Seine, le nombre relativement considérable de jugements à prononcer constituerait un surcroît de travail très important, a présenté, par voie d'amendement, à votre commission, une autre solution.

« Partisan résolu cependant de l'intervention judiciaire, pour l'internement des aliénés, M. Lefoulon substitue le président du tribunal au tribunal lui-même. Cette procédure lui paraît celle qui convient le mieux aux conditions de célérité qu'exige la mesure à prendre; et, en outre, la responsabilité ressortissant au juge unique, il en résultera, de sa part, une attention plus sérieuse qui profitera à l'individu présumé aliéné.

« Le président statuera par simple ordonnance; mais lorsque l'examen du dossier fera naître des doutes dans son esprit sur la réalité de l'état mental de la personne dont l'internement est proposé, ou bien lorsqu'une opposition est faite à l'internement par un membre quelconque de la famille ou même un ami, c'est alors le tribunal qui statue d'urgence, en chambre du conseil, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée. »

Le nouveau texte proposé est le suivant :

Art. 18. — Aussitôt après les formalités prescrites à l'article précédent, le procureur de la République adresse ses réquisitions écrites avec le rapport médical d'admission, les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine du médecin de l'établissement, au président du tribunal de l'arrondissement où l'asile est situé.

Le président statue par simple ordonnance; néanmoins, lorsque le président a des doutes, lorsqu'une opposition à l'internement a été formulée par l'aliéné, le conjoint, un membre de la famille, un ami, le tribunal

statuera d'urgence, en chambre du conseil, sur la main-tenue ou la sortie de la personne.

Toutes les fois que le tribunal ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise médicale.

La décision du tribunal est notifiée sur le champ au préfet et au chef responsable de l'établissement.

La minute de l'ordonnance du président, la copie de la décision de la chambre du conseil seront remises au directeur de l'établissement, et elles demeureront annexées au registre prescrit par l'article 20 ci-après.

Nous ne jugeons pas utile de répéter ce que nous avons dit, dans de précédentes chroniques, sur cette question de l'intervention des magistrats proposée sous divers modes. Nous y voyons une affaire de forme bien plus qu'une garantie pour la liberté individuelle. Nous tenons, toutefois, à faire remarquer le moment où devra s'opérer cette intervention à laquelle nos législateurs attachent une si grande importance. C'est après l'envoi du certificat de quinzaine. Si on ajoute le délai nécessaire pour la transmission des pièces, pour que le procureur fasse son examen et adresse ses réquisitions écrites, l'ordonnance du président ne peut être notifiée que dix-huit à vingt jours, c'est-à-dire environ trois semaines après l'admission. Comme compensation, pendant ce temps, le malade a l'étiquette d'aliéné provisoire : il n'en est pas moins séquestré, et il devra être soigné tout comme s'il était officiellement reconnu aliéné. Nous craignons bien que la grande majorité des aliénés ne s'aperçoive pas de cette grosse réforme.

Nous trouvons à l'article 19, qui règle les transfèrements d'un asile à un autre, une variante. Dans la proposition Reinach-Lafont, l'administration provisoire des biens de l'aliéné transféré appartenait à l'adminis-

trateur de l'asile où le malade était reçu. Le texte proposé par la commission est : *L'administration provisoire légale des biens de l'aliéné transféré continuera d'être exercée par la commission de surveillance du département où cet aliéné a son domicile de secours. Mais les fonctions de curateur seront transmises au curateur institué près de l'établissement où il sera transféré.* Le rapport de M. Lafont n'indique pas ce qui a déterminé la commission à proposer cette modification.

L'article 20 (registre matricule) et l'article 21 (sorties par guérison) sont reproduits sans changement. L'article 22 a une variante dans sa rédaction. Il s'agit des personnes pouvant requérir les sorties avant la guérison. Le texte de la proposition Reinach-Lafont portait, comme d'ailleurs le texte du Sénat, après le conjoint :

A défaut du conjoint, les ascendants ;

A défaut des ascendants, les descendants, etc.

Le texte de la Commission porte simplement :

1° Le conjoint ;

2° Les ascendants ;

3° Les descendants, etc.

Nous ignorons si, dans l'esprit de la Commission, cette modification de texte a une signification. On sait, d'ailleurs, qu'en cas de dissentiment entre les ascendants et les descendants, le conseil de famille décide. Les articles 23, 24 et 25, toujours relatifs aux sorties, sont proposés sans variation.

Nous arrivons à l'article 26, aux placements d'office. Dans toute cette partie du projet, nous ne rencontrons que des changements sans grande importance. Est placée d'office toute personne, interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation dûment constaté par un certificat médical compromettrait la sécurité, la décence ou la

sécurité publique, sa propre sûreté ou sa guérison. Ces trois derniers mots sont ajoutés dans le texte de l'article 26. L'article 27 est proposé sans changement : il s'agit des mesures provisoires prises par les maires en cas de danger imminent. Puis on trouve une transposition d'articles ; en aucun cas les aliénés ne doivent être conduits avec des condamnés ; un local d'observation doit être disposé pour les prévenus soumis à une expertise médico-légale ; les aliénés ne peuvent être retenus en observation dans les hôpitaux que le temps nécessaire pour pourvoir à leur transfèrement dans un asile. C'étaient là les articles 33 et 34 qui prenaient les n^{os} 28 et 29. Les articles suivants, 30 à 34, reproduisent, sauf des variantes insignifiantes et le changement de numéro, le texte de la proposition Reinach-Lafont. Ces articles ont pour objet les dispositions communes aux aliénés placés d'office et aux aliénés placés volontairement, ainsi que l'envoi de l'état semestriel dit de maintenue.

A l'article 35, nous abordons les dispositions applicables aux condamnés reconnus aliénés. Nous avons signalé, dans une chronique précédente, qu'on avait ici omis de rayer l'avis du médecin inspecteur départemental pour transférer le condamné à l'asile-prison. Cette prescription n'avait plus de raison d'être, puisque la création des médecins inspecteurs départementaux était abandonnée. Dans le nouveau texte de la Commission, *les individus de l'un et de l'autre sexe condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'une année d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, et dont l'état d'aliénation a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, sont, après avis du médecin désigné par le Procureur de la République, retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur*

peine, dans des quartiers spéciaux d'aliénés dits asiles-prisons. Les autres condamnés aliénés sont dirigés sur l'asile départemental, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur. L'anomalie que nous avons signalée précédemment a disparu, mais on peut se demander si ce n'est pas du luxe d'avoir, en pareil cas, l'avis d'un médecin désigné par le Procureur de la République après le certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire. Ce double avis ne serait réellement motivé que si le médecin de la prison était en même temps le médecin du quartier des condamnés-aliénés, ainsi qu'on le voit actuellement à Gaillon. Toutes les autres dispositions proposées pour les condamnés reconnus aliénés, ou les prévenus déclarés irresponsables à raison de leur état mental, sont admises par la Commission (articles 36, 37, 38 et 39).

Les articles suivants se rapportent aux dépenses et recettes du service des aliénés. Les articles 40 à 43 sont admis par la Commission, avec de très légères variantes. Les aliénés, dont le placement est ordonné par le Préfet, doivent être conduits à l'asile du département, à moins que la famille ne demande l'admission dans un autre établissement et ne subviennne aux frais d'entretien. Les aliénés inoffensifs peuvent être admis aux conditions réglées par le Conseil général. Le prix de journée est fixé par le Ministre de l'Intérieur, pour les asiles de l'État et les asiles constituant une personne civile, par les Conseils généraux pour les asiles départementaux, par les Commissions administratives pour les quartiers d'hospice. Si le Comité supérieur déclare insuffisant le prix de journée fixé par le Conseil général, le Ministre de l'Intérieur fixe le prix. Les frais d'entretien à l'asile sont à la charge des personnes placées, ou des personnes qui doivent des aliments. A défaut ou en cas d'insuffisance de ressources de l'aliéné, le départe-

ment intervient avec concours de la commune. Nous n'avons pas à revenir ici sur les observations que nous avons présentées au mois de mai 1892.

La Commission a profondément modifié l'article 44 qui reproduisait jusqu'à présent le texte voté par le Sénat et était ainsi rédigé :

« Sont payés par l'État :

« 1° Les dépenses du Comité supérieur ;

« 2° Les traitements et pensions de retraites des inspecteurs généraux du service des aliénés ;

« 3° Les traitements et pensions de retraites des médecins-directeurs, directeurs, médecins en chefs et adjoints des asiles publics, des médecins en chef proposés responsables et médecins adjoints des quartiers d'hospice, des médecins en chef et adjoints des établissements privés faisant fonction d'asiles publics.

« Toutefois, les établissements publics et les établissements privés faisant fonction d'asiles publics remboursent au Trésor la dépense correspondant au traitement des fonctionnaires énumérés au paragraphe 3 ci-après.

« A cet effet, la loi de finances détermine chaque année le nombre de centimes qui sont réservés sur les prix de journée et les pensions payées, soit par les départements, soit par les familles pour les aliénés à leur charge.

« Les fonctionnaires et employés des asiles publics nommés par les préfets conformément au paragraphe 5 de l'article 6, sont associés aux charges et bénéfices de la Caisse de retraites du département où est situé l'asile. En cas de changement d'un de ces fonctionnaires d'un département dans un autre, les retenues versées par lui dans la Caisse des retraites du département qu'il quitte, sont reversées dans la caisse du département où il se rend.

« Si l'un des fonctionnaires départementaux susdits est ou a été appelé à un emploi rétribué par l'Etat conformément à la présente loi, les sommes versées par lui à la Caisse des retraites du département qu'il quitte ou a quitté, sont reversées au Trésor public au compte du fonds des pensions civiles. »

La nouvelle rédaction proposée par la Commission est :

Art. 44. — Sont payés par l'État :

1° Les dépenses du Comité supérieur ;

2° Les traitements et pensions de retraites des inspecteurs généraux du service des aliénés ;

Sont obligatoires pour les départements :

Les traitements des médecins-directeurs, directeurs, médecins en chef et adjoints des asiles publics, des médecins en chef préposés responsables et médecins adjoints des quartiers d'hospice, des médecins en chef et adjoints des établissements privés, faisant fonction d'asiles publics.

Ces fonctionnaires et les fonctionnaires et employés des asiles publics, nommés par les préfets conformément au paragraphe 6 de l'article 6, sont associés...
(La suite de l'article est conforme au texte voté par le Sénat.)

La modification de l'article 44 est en complet désaccord avec l'exposé du rapport de M. Lafont, qui soutient le système voté par le Sénat, de mettre à la charge de l'État les traitements des médecins et directeurs, sauf prélèvement d'un certain nombre de centimes sur les prix de journée.

« Cette innovation, dit M. Lafont, se justifie pleinement. Du moment que le Ministère de l'Intérieur a la nomination du personnel médical et administratif des asiles publics et des quartiers d'hospices affectés aux

aliénés, il est tout naturel que ces fonctionnaires soient rétribués par l'État.

« Nous devons, en outre, signaler les difficultés nombreuses qu'entraîne la liquidation des retraites du personnel médical ; elles ont fait l'objet d'un certain nombre de réclamations adressées à votre commission. En effet, la quotité des retenues et les conditions de la retraite ne sont pas les mêmes dans tous les départements ; il en est qui exigent pour la liquidation de la retraite des médecins que ceux-ci aient passé à leur service dix, douze et même quinze années ; or, comme on l'a fait remarquer avec raison, c'est une condition que remplissent difficilement des directeurs et des médecins promus à des postes de plus en plus importants, à mesure qu'ils avancent dans leur carrière. A raison de cette dernière circonstance, ce sont presque toujours les mêmes départements, c'est-à-dire ceux où se trouvent les grands asiles, qui ont à constituer les pensions de retraite.

« Qui ne voit qu'il y a là des conditions préjudiciables aux intérêts des départements en même temps qu'à ceux du personnel médical et administratif ? La loi nouvelle fera cesser ces anomalies et donnera satisfaction à des réclamations déjà formulées à la Chambre des Députés par l'entremise de M. de Mackau, et de plusieurs de ses collègues qui avaient, en 1878, déposé une proposition de loi dans ce sens. »

Nous avons fait cette citation un peu longue pour critiquer la modification faite à l'article 44 en reproduisant les propres arguments du rapporteur. Nous avons donc peu de chose à ajouter. L'état de choses actuel est défectueux, et ce que propose la Commission, c'est la consécration du *statu quo* qui est une source de difficultés pour une partie des départements et des fonctionnaires du service médical. La nouvelle rédaction

présente d'autres anomalies. Dans tous les établissements publics d'aliénés, les traitements des fonctionnaires sont prélevés sur le budget spécial de l'asile, c'est-à-dire sur les recettes fournies en grande partie par le prix de journée des malades. Or, la Commission parlementaire rejette le système qui met à la charge de l'État les traitements d'une catégorie de fonctionnaires, sans remboursement sur les ressources de l'établissement, et elle met à la charge des départements non seulement les traitements des directeurs et médecins des asiles départementaux, mais encore les traitements des médecins des quartiers d'hospice, et même ceux des médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, et cela sans prévoir aucun remboursement. C'est là une générosité presque sans exemple. Nous nous demandons ce que penseront les représentants des départements intéressés. Si le système des centimes réservés sur les prix de journée a paru trop compliqué, on pouvait chercher un autre mode de remboursement. Ainsi, nous avons sous les yeux ce qui se fait pour le service de l'Instruction publique : A Saint-Yon, les institutrices attachées à l'école spéciale ont été admises à continuer leurs versements à la Caisse de retraites de l'État : elles sont payées par l'État qui, chaque trimestre, met simplement en recouvrement sur l'asile une somme égale au traitement des institutrices. Ce qui se fait pour une catégorie de fonctionnaires pourrait, sans difficulté, se faire pour une autre catégorie sans présenter plus d'embarras. Il y aurait, en somme, pour l'État, un simple compte d'ordre.

Nous nous sommes étendu sur cette question des traitements du personnel médical, parce que les médecins d'asiles se sont émus, à juste titre, de la situation qui leur est faite, surtout au point de vue de la retraite. L'affaire a été examinée à diverses reprises dans nos

Congrès annuels, et le nouveau texte proposé n'est pas fait pour nous donner satisfaction.

L'article 45 attribue des honoraires à l'administrateur provisoire des biens. « Il est juste, dit M. Lafont, « que dans les cas où les Commissions de surveillance « n'ont pas désigné des administrateurs gratuits ainsi « qu'elles y sont autorisées par l'article 9, l'administra- « teur provisoire aux biens des aliénés non interdits « reçoive une rétribution. » Le texte de l'article 45 ne fait pas de distinction entre les administrateurs provisoires désignés par la Commission et ceux qui sont nommés par le Ministre.

L'article 46 règle les dépenses d'entretien des aliénés criminels et des prévenus en observation.

Les articles 47, 48 et 49 qui s'appliquent aux sorties définitives, sorties provisoires, évasions, n'ont pas été modifiés par la Commission, sauf que l'intervention du curateur reparaît comme dans le texte voté par le Sénat. La Commission a maintenu l'enregistrement *en débet* de la décision judiciaire, lorsque l'aliéné se pourvoit devant le tribunal pour demander sa sortie. Nous ne pouvons que protester de nouveau contre cette taxe, et demander l'enregistrement gratis.

Les articles 50 à 60 relatifs à l'administration des biens par le curateur et l'administrateur provisoire ont été remaniés par la Commission. La grande modification est le rétablissement du curateur à la personne. Les autres changements consistent surtout dans des transpositions d'articles ou de paragraphes, ou encore dans des questions de forme : ainsi l'aliéné traité à domicile dans la maison de son tuteur ou d'un de ses proches parents, peut être pourvu d'un administrateur datif. Cet administrateur est nommé par le conseil de famille de l'aliéné, réuni à la demande de tout parent et même d'office. *Cette nomination doit être homologuée par*

le tribunal statuant en chambre du Conseil, le Ministère public entendu.

La dernière partie du projet de loi (pénalités, dispositions générales et transitoires), articles 61 à 68, n'a subi de la part de la Commission que des modifications insignifiantes, et nous ne pourrions que répéter ce que nous avons déjà dit antérieurement.

M. Lafont dit dans son rapport sur cette dernière partie : « Sur la demande de l'un des membres de la « Commission, M. Auricoste, nous appelons l'attention « du Gouvernement sur les blessures, graves quelque- « fois, dont les gardiens sont parfois les victimes de la « part des aliénés. La situation qui peut en résulter « pour eux et leurs familles mérite toute la sollicitude « des autorités compétentes. » Nous ne pouvons qu'applaudir à ces dispositions bienveillantes ; malheureusement, tout se borne, jusqu'à présent, à un vœu platonique.

Si nous résumons, maintenant, notre opinion sur l'œuvre de la Commission parlementaire, nous voyons que le projet soumis à la Chambre n'a pas été sensiblement amélioré. D'une manière générale, on n'a pas changé le sens de la réforme proposée, et les diverses modifications de détail apportées ne sont guère de nature qu'à compliquer le fonctionnement de la loi. Le travail de la nouvelle Commission prête donc surtout à critique. La Commission a prévu des colonies familiales, mais n'a pas suffisamment défini la situation des aliénés qui y seront placés. Elle a rétabli les fonctions de curateur à la personne dont l'utilité a paru plus que contestable sous la législature précédente, et dont les inconvénients ont été signalés : elle a rendu plus complexe l'organisation du Comité supérieur. Elle a ajouté une nouvelle formalité pour les admissions et c'est mettre en suspicion le médecin de faire surveiller son examen.

du malade par un commissaire de police. Elle s'est prononcée pour l'intervention de la magistrature afin de confirmer le placement des aliénés, et a admis le juge unique, à moins que celui-ci n'ait des doutes sur l'opportunité du maintien à l'asile. C'est un système un peu bâtarde, et qui a l'inconvénient de surcharger le service déjà très lourd des présidents des tribunaux. Le mode proposé pour la désignation des administrateurs provisoires des biens ne peut qu'embarrasser les Commissions de surveillance, qui auraient à se charger gratuitement de cette administration ou à laisser le Ministre nommer un administrateur salarié. Le maintien du *statu quo* pour les traitements et les retraites des médecins et directeurs ne peut pas donner satisfaction aux vœux qui ont été exprimés.

Il est maintenant dans les probabilités que le projet de loi arrivera prochainement à la discussion devant la Chambre, car ce projet figure à l'ordre du jour. L'urgence n'ayant pas été déclarée, les dispositions qui seront adoptées en première lecture devront être soumises à une seconde discussion, avant d'être renvoyées au Sénat. Quoique, dans ces derniers temps, la question ait fait un grand pas, nous ne sommes donc pas encore à la veille de voir aboutir la réforme qu'on discute depuis tant d'années. Ce que nous avons à demander à nos législateurs, c'est de ne pas perdre de vue le côté pratique. Les aliénés sont des malades qui ont besoin d'un traitement médical; les asiles sont des hôpitaux spéciaux; la loi sur le régime des aliénés est une question d'assistance. Les garanties données à la liberté individuelle ne doivent pas être une entrave pour le traitement, et c'est une erreur de croire que les procédures compliquées sont une garantie réelle. La loi de 1838 peut être rajennie et complétée, mais c'était une bonne loi, remarquablement étudiée. On l'a dit au Sénat et on

le répétera sans doute à la Chambre. Le nouveau projet, tel qu'il est rédigé aujourd'hui, ne répond pas à notre idéal, et nous préférons le texte présenté à la précédente législature, tout en ayant déjà formulé des réserves auxquelles s'ajoutent nos observations actuelles. La loi gagnerait, pensons-nous, à être émondée de procédures inutiles, se traduisant, en réalité, par un travail mécanique d'employés de bureaux ; ce genre d'exercice n'a jamais été une garantie pour personne. D'autre part, les formalités qui aboutissent à des lenteurs administratives, ne constituent pas non plus un progrès. Nos législateurs vont bientôt prendre la parole, et nos collègues liront, comme nous, avec intérêt, le débat qui va s'ouvrir.

A. GIBAUD.

Pathologie

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHEZ LA FEMME

ÉTIOLOGIE ET CLINIQUE

Par le D^r I.-D. IDANOW

Membre fondateur de la Société des neurologistes
et aliénistes de Moscou.

I

On sait que bien des symptômes propres à la paralysie générale ont été déjà notés en Angleterre à la fin du siècle précédent, ainsi que le dit Lunier. On sait aussi que ces symptômes ont été connus de Pinel, d'Esquirol et surtout de l'élève de ce dernier, Delaye. Néanmoins tout le monde s'accorde à reconnaître que c'est Bayle qui a créé la paralysie générale en tant qu'entité nosologique ; cela, parce qu'il fut le premier à déclarer que la paralysie générale est une forme morbide complètement indépendante, et qu'il donna pour la première fois une description très détaillée d'un assez grand nombre de cas de cette maladie. Près de soixante-dix ans se sont écoulés pendant lesquels une quantité de

travaux ont été publiés sur cette affection. « Les aliénistes les plus distingués, dit Lioubimov (1), ont consacré à cette maladie, si ingrate au point de vue thérapeutique, leurs travaux les plus importants. » Cependant l'étude de la paralysie générale est encore loin d'être achevée à l'heure qu'il est... Le côté le moins éclairé de cette étude est incontestablement la partie étiologique. Le désaccord qui existait sur cette question il y a trente-six ans existe, en réalité, encore actuellement. Ainsi, prenons la question des rapports de la syphilis avec la paralysie générale. Déjà, en 1857, Esmarch et Jessen publient un travail au sujet duquel Griesinger s'exprime ainsi : « Dans ces derniers temps, on a émis l'hypothèse que toutes les paralysies générales des aliénés sont de nature syphilitique, hypothèse excessivement invraisemblable, mais ayant ceci d'utile qu'à l'avenir l'attention se portera sur cet élément étiologique. »

Trente-six ans se sont écoulés, et nous nous trouvons encore maintenant, à propos de cette question, en face des deux doctrines diamétralement opposées. Tandis que certains aliénistes n'accordent à la syphilis aucun rôle dans la pathogénie de la paralysie générale, ou n'admettent son influence qu'à un degré tout à fait minime, d'autres, au contraire, non seulement attribuent à la syphilis le rôle prépondérant dans l'origine de la maladie, mais ont même une tendance à croire qu'il n'existe pas de paralysie générale sans syphilis. Entre ces deux opinions extrêmes, le milieu appartient à une doctrine défendue, entre autres savants, par l'aliéniste russe M. J. Platonov, qui s'exprime à ce sujet de la façon suivante : « La négation catégorique du rôle pathogénique de la syphilis dans la production de la para-

(1) *Messenger de Psychiatrie de Merjéïévski*, 1892, p. 2.

lysie générale, de même que l'affirmation absolue de ce rôle, sont des extrêmes qui n'ont jamais été démontrés d'une façon sévèrement scientifique. Il existe sûrement des cas de paralysie générale d'origine non syphilitique, comme il existe très certainement d'autres cas, où la paralysie générale est due à la syphilis (1). » Nous trouvons chez le même auteur encore l'idée suivante : « La question du rapport étiologique entre la syphilis et la paralysie générale reste ouverte, et il est permis de douter que cette question soit jamais résolue avec une netteté parfaite... »

Certes, il est impossible d'accepter cette manière de voir de notre savant confrère, d'abord parce que nous autres aliénistes russes, nous pouvons déjà, à l'heure qu'il est, formuler notre opinion sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale ; nous pouvons asseoir notre opinion sur des faits cliniques ; par conséquent, si imparfaite qu'elle soit encore, elle nous promet au moins de nous approcher un peu plus de la vérité. De plus, avec la collaboration zélée même d'un très petit nombre d'aliénistes russes s'intéressant à cette question, nous espérons pouvoir facilement et assez rapidement donner à notre opinion une précision et une solidité de plus en plus grandes. Il suffira pour cela de dresser un certain programme que plusieurs confrères s'attacheront à suivre avec soin. Dans ce programme rentreront, par exemple, les questions suivantes : « Tel médecin connaît-il des cas non douteux de paralysie générale sans syphilis, et combien en connaît-il ? — Quel rapport existe-t-il entre la syphilis et la paralysie générale : la syphilis constitue-t-elle la cause productrice ou seulement prédisposante ? » La connaissance de toutes ces questions a une importance pratique considérable. Si,

(1) *Archives de Psychiatrie de Kovalevsky*, t. XIX, p. 1.

en effet, à l'heure qu'il est, notre arsenal thérapeutique est absolument impuissant en présence de la paralysie générale, nous pouvons au moins rendre à l'humanité un grand service en lui indiquant les causes principales de cette terrible affection. Il peut paraître étrange à première vue de constater que, malgré le peu que nous savons sur les causes de la paralysie générale, son étiologie occupe dans les traités de différents auteurs une place si vaste (Aug. Voisin, par exemple, lui consacre, dans sa célèbre monographie, quatre-vingt-deux pages); il est vrai de dire qu'elle est par moment si contradictoire, que les médecins eux-mêmes y perdent, comme on dit, leur latin; aussi en rencontre-t-on quelques-uns qui avouent carrément ignorer complètement les véritables causes de la paralysie générale. Mais si on s'adresse à ceux qui croient les connaître, ils vous débitent une énorme liste de facteurs étiologiques, parmi lesquels on retrouve tout ce que peut contenir l'étiologie de toutes les maladies mentales en général. C'est là le grand défaut de bien des auteurs anciens: ils n'ont pas su lier entre eux ces facteurs étiologiques variés et, à première vue, disparates; ils n'ont pas su leur donner un caractère d'ensemble, d'unité, de généralité, en un mot, ils n'ont pas su faire la synthèse. Voilà pourquoi ces données sont si peu probantes, et pourquoi les médecins n'y ajoutent qu'une confiance douteuse. Mais le problème de la synthèse de tous ces différents facteurs étiologiques se rattache entièrement à la théorie sur la pathogénie de cette maladie, question dont nous n'avons pas à nous occuper ici; nous allons passer directement à l'objet principal de notre travail, la description de la paralysie générale chez la femme.

Ayant eu l'occasion d'observer, depuis sept ans, 34 cas de paralysie générale dans le service des femmes que nous dirigeons à l'hôpital de l'Empereur Alexandre III,

à Moscou, nous croyons intéressant de communiquer les résultats de nos observations.

Mais, préalablement, nous croyons nécessaire de noter, parmi l'énorme quantité d'ouvrages ayant trait à la paralysie générale progressive, deux travaux récemment parus, celui du docteur Oebeke (1) et l'article anglais du D^r Wilson. Nous choisissons le premier pour avoir quelques points de comparaison dans la description de la paralysie générale chez la femme. Le D^r Oebeke décrit 100 cas de paralysie générale chez l'homme, et il les divise en deux groupes : des malades qui ont eu la syphilis, et d'autres pour lesquels l'existence de la syphilis n'a pas été prouvée. Au premier groupe il rattache 53 malades, et au second, 47. Il décrit séparément chacun de ces groupes, en analysant en même temps aussi bien l'étiologie que le tableau clinique dans les deux cas, et il permet ainsi de formuler quelques conclusions présentant un certain intérêt.

Si l'on examine le tableau que nous avons dressé en nous fondant sur les résultats de M. Oebeke, le tableau A, ajouté à la fin de ce travail, nous remarquerons avant tout qu'il n'existe guère de différence bien sensible entre les deux groupes, quand on les compare au point de vue du sexe et de la profession : dans les deux groupes la maladie était toujours fréquente entre trente et quarante ans ; quant aux professions, on trouve dans les deux cas, le plus souvent, à titre de facteur prédisposant à l'affection, le *commerce* sous toutes ses formes : les marchands, fabricants, banquiers etc., donnent 58 p. 100 sur le nombre total des paralytiques généraux.

En étudiant les moments étiologiques proprement

(1) D^r Oebeke. Zur Aetiologie der allg. fortschr. Paralyse. *Allg. Zeitschrift. f. Psychiatrie*, 1892.

dits dans l'histoire des malades des deux catégories, nous pouvons dresser le tableau suivant :

	Syphilitiques.	Non syphilitiques.
Hérédité morbide	54 p. 100,	55 p. 100.
Emotions vives et surmenage intellectuel	28 —	57 —
Excès éthyliques	45 —	4% —
Excès vénériens	53 —	27 —
Surmenage physique	22 —	38 —
Neurasthénie	7 —	17 —
Total	209 p. 100.	237 p. 100.

La première conclusion qui ressort de l'analyse de ce tableau est que le nombre de facteurs étiologiques est plus grand chez les paralytiques généraux non syphilitiques que chez les mêmes malades entachés de syphilis. Sans doute ce défaut est largement compensé, chez les malades du premier groupe, par le fait de leur ancienne syphilis.

La deuxième conclusion est qu'an point de vue de l'hérédité et des excès alcooliques, il n'existe presque aucune différence entre les deux groupes.

En ce qui concerne les émotions psychiques, les individus de la première catégorie ne comptent que pour 28 p. 100, tandis que les non syphilitiques figurent pour 57 p. 100. En revanche, les excès vénériens s'observent dans une proportion tout à fait inverse : chez les syphilitiques, ils sont constatés deux fois plus souvent que chez les non syphilitiques. Enfin, quant au surmenage physique, il s'observe presque deux fois plus souvent chez les malades non syphilitiques ; il en est de même pour la neurasthénie acquise.

Si on veut dresser un tableau d'ensemble de l'étiologie de la paralysie générale, on aura, d'après Oebeke, sur 100 cas, les proportions suivantes :

Hérédité morbide.	55	p. 100.
Syphilis.	53	—
Excès alcooliques.	44	—
Emotions vives et surmenage intellectuel.	42	—
Excès vénériens.	40	—
Surmenage physique.	30	—
Neurasthénie.	12	—
Vie déréglée.	5	—
Traumatisme.	2	—
Total.	283	p. 100.

Ce tableau permet, croyons-nous, de tirer une conclusion très importante, à savoir que l'étiologie de la paralysie générale se ramène le plus souvent à la présence, chez les malades, d'au moins trois facteurs étiologiques à la fois; ces trois facteurs se combinent d'ailleurs entre eux de la façon la plus variée. Cette formule étiologique à *trois éléments* est constatée par Oebeke chez 68 p. 100 de ses malades. Chez 24 p. 100, on observe la présence simultanée d'au moins deux facteurs étiologiques, et ce n'est que chez 9 p. 100 qu'on trouve un seul facteur. Sur ces derniers cas, 3 malades appartiennent à la première catégorie; chez eux, on ne trouvait rien autre que la syphilis ancienne, et six se rattachent à la deuxième catégorie avec cause unique constituée ou par une émotion ou par un surmenage intellectuel.

Passons maintenant à la question la plus intéressante et la plus importante: Y'a-t-il une différence quelconque entre les formes de la paralysie générale où la syphilis a été constatée et celles où la présence de ce facteur n'est pas prouvée, au point de vue de leurs manifestations cliniques?

Ce que Griesinger a prédit et que nous avons cité plus haut est en effet arrivé; les articles d'Esmarch et de Jessen ont forcé les médecins à porter leur attention sur les rapports entre la syphilis et la paralysie géné-

rale, et il en est résulté la production d'un très grand nombre de travaux traitant de cette question. C'est ainsi que tout d'abord le D^r Coffin a établi que les cas où la paralysie générale se développe à un âge relativement peu avancé, dépend, dans la grande majorité des cas, de la syphilis (c'est ce que cet auteur nomme les formes « précoces »).

Viennent ensuite Kjelberg, Iespersen et Huguenin qui, successivement, se prononcent pour le rapport de la *paralysie générale* avec la syphilis; ce rapport serait même, d'après eux, très intime, car ce serait la syphilis qui produirait cette méningo-encéphalite qui est la base de la paralysie générale.

Tel était l'état de la question, lorsque M. le professeur Fournier fit paraître, en 1879, son travail bien connu : *La syphilis du cerveau*. C'est incontestablement lui qui a apporté dans l'étude qui nous occupe le plus d'idées nouvelles et originales; aussi nous y arrêterons-nous un peu plus longuement. En attribuant à la syphilis un rôle très important dans l'étiologie de la paralysie générale, M. Fournier distingue bien nettement deux catégories de phénomènes.

Dans la première (paralysie générale vraie ou classique), la syphilis s'observe, mais elle y est relativement rare; elle y joue, ou le rôle d'un facteur prédisposant, ou simplement celui d'une cause s'ajoutant à une foule d'autres et sans importance spéciale. Dans la deuxième catégorie, le rapport est autrement manifeste : là, la syphilis est la cause productrice. Pour ce dernier groupe de cas, Fournier a proposé la dénomination de « pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique ». C'est de cette division que provient la théorie dualiste de la paralysie générale. D'après M. Fournier, ce dualisme est justifié par la différence très accentuée qui existerait dans l'évolution clinique de ces deux séries de cas. La

pseudo-paralysie générale se caractériserait : 1° par ce fait qu'elle ne présente jamais un délire mégalomaniaque nettement prononcé. On y observerait de l'excitation maniaque, de l'agitation, même quelques idées délirantes de grandeur, mais jamais on n'y trouverait ce délire grandiose qui est propre à la paralysie générale classique. En outre, dans la pseudo-paralysie générale, on constaterait la présence de paralysies partielles des différents nerfs de la base (le plus souvent des oculo-moteurs). Une de ces paralysies partielles précède très souvent le développement de l'affection psychique et, par conséquent, la constatation d'un pareil symptôme pourrait avoir, d'après M. Fournier, une importance considérable au point de vue thérapeutique.

Il existe un troisième caractère différentiel qui est la terminaison de la maladie. La paralysie générale classique est une maladie incurable ; la pseudo-paralysie générale peut, quoique rarement, présenter des cas de guérison.

Une quatrième différence est relative à l'*anatomie pathologique* : dans la paralysie générale classique, c'est la substance grise du cerveau qui s'altère avant tout et avec la plus grande intensité ; les méninges ne sont touchées que consécutivement et elles ne présentent que de légères modifications dans la pseudo-paralysie générale, la lésion principale est justement au niveau de ces membranes ; dans ce dernier cas, la substance corticale n'est touchée, au contraire, que secondairement et ses modifications, par conséquent, sont bien moins profondes, moins prononcées que dans la vraie paralysie générale.

Plus tard, quelques auteurs ont encore ajouté à ces distinctions, que la pseudo-paralysie générale doit être divisée en paralysie générale proprement dite et démence paralytique, selon la prédominance des troubles de nature

motrice, tels que tremblements, paralysies, parésies, ou des phénomènes d'ordre psychique, comme l'affaiblissement des facultés intellectuelles, ou l'asthénie intellectuelle (1).

En examinant les cas qu'Oebeke cite dans son travail, nous trouvons ce qui suit : sur 47 malades, il n'y en a que 1 seul dont l'histoire clinique ne permet pas de se faire une idée exacte de la forme du trouble psychique qu'il présente; pour les 46 autres, le diagnostic est formellement indiqué. Quant aux 53 cas syphilitiques, nous sommes forcé d'en éliminer 7 dont l'histoire trop abrégée rend obscure l'appréciation clinique. De cette façon, le hasard fait que nous obtenons le même chiffre de 46 observations pour chacune des catégories de malades, et nous pouvons ainsi procéder à leur comparaison. Comme le montre le tableau A ci-dessous ajouté, la forme *maniaque* de la paralysie générale s'observe chez 31 malades de la première catégorie et chez 24 de la deuxième. En tenant compte que cette petite différence peut être purement accidentelle, étant donnés les petits nombres qui servent à la comparaison, nous voyons qu'il est complètement impossible de dire que la forme maniaque s'observe rarement dans les cas entachés d'ancienne syphilis. Quant au délire mégalo-maniaque proprement dit, sa présence ou son absence ne donne aucun droit de conclure à la présence ou à l'absence de la syphilis dans les antécédents du malade, attendu que, chez les malades du D^r Oebeke, ce délire s'observe, on peut dire, aussi souvent, chez ceux qui ont eu la syphilis qu'chez ceux qui paraissent ne pas l'avoir eue (chez les premiers, on l'a constatée 16 fois; chez les seconds, 19).

(1) M. Popow. *Dementia primaria paralytica syphilitica*. *Médecine russe*, 1891.— M. J.-J. Troutowsky. Contribution à l'étude de la démence paralytique syphilitique. *Médecine russe*, 1892, p. 69.

L'analyse du D^r Oebeke permet de tirer encore une autre conclusion.

Un grand nombre d'aliénistes croient encore, à l'heure qu'il est, que les formes démentielles de la paralysie générale sont particulièrement propres aux syphilitiques. Mais le tableau A démontre sur quelle faible base repose cette idée, puisque chez 46 malades des deux catégories, nous voyons les formes démentielles présenter, on peut dire, une fréquence presque complètement égale : 18 fois chez les syphilitiques et 11 fois chez les non syphilitiques.

Donc, en nous fondant sur cette analyse, nous avons le droit de dire qu'au point de vue clinique, il n'existe pas de différence sensible dans l'évolution de la paralysie générale chez les syphilitiques et chez ceux qui n'ont pas eu la syphilis. Mais, pour être juste, il ne faut pas passer sous silence une autre catégorie de phénomènes qui se rapportent, à proprement parler, non pas au domaine de la pathologie mentale, mais à celui de la neuropathologie; nous voulons parler de la forme tabétique de la paralysie générale et, par conséquent, du tabes qui a précédé celle-ci, de même que des monoplagies oculaires.

Chez les malades de la première catégorie, le tabes a précédé le développement de la maladie 1 fois et chez les syphilitiques 3 fois (1). Quant aux paralysies des nerfs oculo-moteurs, elles ont été constatées chez les malades de la première catégorie 2 fois, et chez les malades de la deuxième catégorie 14 fois (2).

Quoique les chiffres donnés par M. Oebeke soient

(1) D'après l'auteur, le tabes a été observé cinq fois chez les malades de la deuxième catégorie; mais, en examinant les observations cliniques, on trouve que, dans deux cas, la présence du tabes est très douteuse.

(2) L'auteur note, pour cette catégorie, 15 cas de paralysie

trop petits pour permettre de formuler une conclusion scientifique ferme, néanmoins, en nous fondant sur eux, nous pouvons déclarer qu'au point de vue de la pathologie mentale pure, il semble ne pas exister de différence sensible entre les tableaux de la paralysie générale chez les malades qui ont eu la syphilis et les tableaux de ceux qui n'ont pas eu cette affection.

Mais il existe une particularité clinique dans les cas entachés de syphilis ancienne : on y observe assez souvent la paralysie des nerfs oculo-moteurs (d'après Oebeke, dans 3 cas), et, encore plus souvent, la forme tabétique de la paralysie générale (d'après le même auteur, dans 7 cas).

Telles sont les conclusions auxquelles arrive l'intéressant article du D^r Oebeke. Plus bas, nous tâcherons d'exposer notre opinion personnelle, aussi bien sur les rapports de la syphilis avec la paralysie générale que sur les pseudo-paralysies ; mais, auparavant, disons quelques mots de l'état actuel de la théorie dualiste. En 1889, a paru, en France, un livre inspiré par Fournier lui-même : *Syphilis et paralysie générale*, par Morel-Lavallée et Bélières. On y trouve, entre autres, la description de 29 cas que les auteurs considèrent comme étant caractéristiques pour la pseudo-paralysie générale.

Après les avoir examinés attentivement, nous devons déclarer que la plupart, parmi eux, n'ont aucun rapport avec la paralysie générale ; car, à proprement parler, ces cas constituent ou ce qu'il est plus régulier d'appeler la syphilis du cerveau ou simplement diverses psychoses survenues chez des individus ayant eu la syphilis.

C'est ainsi que deux fois est décrite dans ce livre,

des nerfs oculo-moteurs ; mais, suivant nous, il faut exclure un de ces cas dans lequel le ptosis était congénital, tandis que la syphilis a été contractée à l'âge de vingt-quatre ans.

sous le nom de pseudo-paralysie générale, la « confusion mentale » (Amentia de Meynert, obs. XXVII, XXXIV); dans un autre cas (obs. XXXV), on pourrait croire à une forme grave de la manie ou au délire aigu. Dans un cas, il existait une lésion complexe du cerveau où l'alcool a joué, suivant toute apparence, un rôle considérable; c'est seulement dans 8 cas (sur 22, c'est-à-dans le tiers environ des cas cités par les auteurs), que les *phénomènes observés rappelaient la paralysie générale*.

Quatre cas parmi eux se sont terminés par la guérison, un par une notable amélioration et trois, malgré le traitement spécifique, se sont terminés par la mort. On peut donc dire, en se fondant sur ces faits, que si la syphilis cérébrale rappelle parfois, dans ses manifestations, le tableau de la paralysie générale, ceci n'arrive cependant que rarement : *au moins trois fois moins souvent que ne le supposent les partisans cités de la pseudo-paralysie générale*.

Wilson (1), dans son article : *The diathesis of general Paralysis*, ramène tout à une prédisposition innée à la paralysie générale. C'est lui qui a dit : *General paralytisis are born, not made* (2). Il donne à cette prédisposition le nom de diathèse de la paralysie générale.

Il prouve cette manière de voir par cette hypothèse que tous les paralytiques se distinguent par un caractère inné spécial et aussi par le peu d'importance qu'ont, d'après lui, les facteurs étiologiques qu'on note le plus souvent dans la paralysie générale. C'est ainsi, qu'au sujet des excès vénériens, il dit qu'ils déterminent, dans la majorité des cas, la neurasthénie, parfois la mélancolie ou une autre psychose, et ce n'est que dans les cas

(1) *Journal of mental Science*, janvier 1892.

(2) On naît paralytique, on ne le devient pas.

tout à faits exceptionnels qu'ils provoquent la paralysie générale. Il critique de même la valeur de l'alcool en tant que facteur étiologique de cette maladie. Les abus alcooliques peuvent déterminer de la paralysie, mais cette paralysie ne sera ni progressive, ni générale, elle sera alcoolique. Il note ce fait que si les ascendants étaient alcooliques et que le descendant se mette à faire des excès du même genre, il arrive habituellement qu'il acquiert assez rapidement une paralysie alcoolique ayant des tendances à se transformer en paralysie générale.

La syphilis ne joue pas, d'après lui, dans cette étiologie, un rôle plus grand que l'insolation, le chagrin, la fatigue prolongée, etc., etc. *D'une façon générale, Wilson croit que, si l'individu ne présente pas la diathèse sus-indiquée, il peut se soumettre à l'influence de toutes les causes, vivre de toutes les manières, il ne sera jamais atteint de la paralysie générale progressive.*

Nous avons cité cet article, d'abord parce qu'il diffère un peu, par son originalité, de la plupart des travaux de ces dernières années et ensuite parce qu'il présente un point qui mérite toute notre attention : il insiste très particulièrement sur l'influence de l'hérédité dans l'étiologie de la paralysie générale, influence qui a été très contestée. Or, comme on le verra plus bas dans nos observations, de même que dans les observations du D^r Oebeke, on peut croire que l'hérédité a, en effet, une très grande importance dans l'étiologie de la paralysie générale.

Toutefois, il est impossible d'admettre, avec Wilson, que l'absence de la diathèse de la paralysie donne à l'individu une immunité complète contre cette maladie, quand même il s'exposerait à l'action de tous les facteurs nuisibles.

Il semble que, en ce qui concerne la paralysie générale, nous sommes plutôt autorisés à affirmer exactement le contraire : malgré la prédisposition héréditaire aux

affections psychiques, l'individu pourra très probablement éviter l'atteinte de cette maladie, s'il peut éviter l'influence de la triple formule étiologique dont nous avons parlé plus haut.

II

En passant maintenant à l'étiologie et à la clinique de la paralysie générale chez la femme, nous devons remarquer qu'en Allemagne cette question a attiré depuis longtemps l'attention des médecins aliénistes, et que la littérature médicale compte un grand nombre de travaux faits sur ce sujet. C'est ainsi que, dès 1870, ont successivement écrit sur la paralysie générale chez la femme : Sander, Krafft-Ebing, Kornfeld, Jung, Peyser, Siolli, Kellner, Siemerling et Greppin (en tout neuf auteurs). La littérature médicale française est, à ce point de vue, moins riche. Nous avons pu trouver là cinq travaux seulement, dont les auteurs sont : Adam, Régis, Colowitch, Rey et Nicoulau. Dans les journaux anglais, nous avons pu utiliser l'article de Jacobson, aliéniste de Copenhague.

De ces travaux, ainsi que de nos observations personnelles (34 cas), nous tirons des conclusions générales qui répondent aux questions suivantes :

2. *Quelle est la fréquence de la paralysie générale chez la femme par rapport aux autres maladies mentales et par rapport à l'homme?*

Déjà, à l'époque d'Esquirol, on pensait que la paralysie générale s'observe très rarement chez la femme. C'est Sander qui, le premier, se souleva contre cette manière de voir ; il s'efforça de prouver que la paralysie générale évolue chez la femme plus tranquillement que chez l'homme, et, qu'à cause de cela la femme doit être

plus rarement placée dans un asile. D'après sa statistique à lui, pour 7 paralytiques généraux hommes, il existe 5 paralytiques générales femmes. Les observations ultérieures n'ont pas confirmé la justesse de cette statistique, mais elles ont toutefois établi une proportion qui est loin de celle adoptée par les premiers observateurs. Krafft-Ebing, notamment, a établi la proportion de 1 à 8 (1); plus tard, dans son *Manuel*, il dit que la paralysie générale s'observe presque sept fois plus souvent chez l'homme que chez la femme (2); Schüle, dans la première édition de son *Traité élémentaire*, admet les chiffres de 1 à 7.5, et il ajoute, entre parenthèses, que d'après ses observations de l'asile d'Illenau, le rapport est de 4 à 10. Le même auteur, dans l'édition de 1886 de son *Traité*, établit la même proportion de 1 à 7, et ajoute à ce propos : « *Nach meinen Beobachtungen der letzten Dezenien steht sie (die D. p. des Frauen) in einem noch viel Kleineren Prozentsatze.* »

Etant données des indications aussi vagues et aussi contradictoires, il devient nécessaire d'essayer de résoudre cette question d'après des faits statistiques plus récents et plus nombreux.

Allemagne. — Sioli constate, sur 148 femmes entrées à la Clinique psychiatrique, 12 cas de paralysie générale, et sur 223 hommes entrés à la même Clinique, cette maladie est constatée 84 fois. Siemerling, en examinant 7,000 aliénés de la ville de Berlin, trouve, sur 3,920 hommes, 1,262 paralytiques, et sur 2,918 femmes, 347 paralytiques. Kellner communique les résultats pour la ville de Marbourg (Lorraine) : sur 616 aliénés hommes nouvellement entrés, il a vu la paralysie générale 103 fois, et sur 624 femmes, également nouvellement entrées,

(1) Voir *Archiv. f. Psychiatrie*, Band VII, 1877.

(2) Voir traduction russe de 1882, t. II, p. 198.

28 fois. Enfin, dans le travail du docteur Kaes (1), on trouve des renseignements sur une période des vingt dernières années pour la ville de Hambourg. Il en résulte que sur 4,970 hommes nouvellement entrés, le nombre des paralytiques a été de 1,093, et sur 5,178 femmes entrées pendant la même période, ce nombre a été de 319. De telle sorte que, pour ces trois villes d'Allemagne prises ensemble, la proportion des paralytiques des deux sexes peut être déterminée d'après les imposants chiffres suivants : sur 9,729 hommes nouvellement entrés, la paralysie générale a été constatée 3,063 fois, et, sur 7,347 femmes nouvellement entrées, 706 fois.

Autriche. — On trouve des renseignements dans l'article du professeur Meynert (2). Après l'analyse de 8,546 cas de la Clinique de Vienne, il établit la proportion des paralytiques pour chaque sexe, et il trouve que pour les hommes cette proportion est de 26.8 p. 100, tandis que pour les femmes, elle n'est que de 7.8 p. 100. D'après ces chiffres, le rapport serait de 1 à 3.4.

Belgique. — Peeters (3), en passant en revue les 7,656 malades entrés à la colonie de Gheel de 1856 à 1885, conclut que les hommes paralytiques constituent 12.2 p. 100 sur le nombre général d'aliénés hommes, tandis que les femmes n'en constituent que 4.4 p. 100.

En *Italie*, les recherches de Roscioli (4) et Giovanni de Paolli (5) donnent une réponse à la question qui nous intéresse. Le premier, en étudiant 1,996 malades entrés des différentes provinces de l'Italie du Midi à l'hô-

(1) *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1893, Heft 5.

(2) *Jahrbücher f. Psychiatrie*, 1885.

(3) *Bulletin de la Société de méd. ment. de Belgique*, 1890.

(4) *Il manicomio*, 1891.

(5) *Manicomio de Genova*, 1889.

pital d'une des provinces de l'Italie méridionale, pendant une période de six ans, détermine la proportion de la paralysie générale vis-à-vis des autres maladies mentales, chez les hommes à 8.3 p. 100, et chez les femmes à 2.3 p. 100. Giovanni de Paolli examine 3,784 malades nouvellement entrés à l'asile de Gênes, et il trouve la proportion suivante : paralytiques hommes, 16.3 p. 100 ; paralytiques femmes, 5.1 p. 100. Dans l'ensemble de 5,780 aliénés italiens, nous avons ainsi, pour la paralysie générale chez les hommes, 12.3 p. 100 du nombre total, et chez les femmes, 3.7 p. 100.

En France, M. Planès (1) constate que, sur 49,267 aliénés des deux sexes qui ont passé, de 1872 à 1885, par l'infirmerie du Dépôt de la Préfecture de police, la paralysie générale a été observée 2,880 fois, qui se répartissent ainsi au point de vue des sexes : 2,148 hommes et 742 femmes. D'après cet auteur, les hommes paralytiques constituent 12 p. 100 du nombre total, et les femmes seulement 5 p. 100. Le rapport réciproque au point de vue des deux sexes s'exprimerait, par conséquent, comme 1 à 2.4.

En Danemark, le D^r Rohmell (2) a communiqué au Congrès international tenu à Copenhague en 1884 les chiffres provenant de l'asile Saint-Hans et recueillis par Jehersen et lui pour une période de vingt ans. Il en résulte que sur 1,729 hommes, la paralysie générale n'a été constatée que 48 fois. Les hommes fournissent une proportion de paralytiques de 15.55 p. 100, et les femmes celle de 1.76 p. 100. Tout autres sont les conclusions du D^r Jacobson, qui a décrit le même asile sept ans plus tard dans son article intitulé : *Dementia pare-*

(1) *Quelques considérations sur la folie à Paris, 1886.*

(2) Congrès international de Copenhague, 1884 ; Compte rendu, 1885.

tica hos Kirnden en Klinisch-Aetiologisk Studie. Tout en tenant compte des chiffres donnés par Rohmell, il écrit (*Bulletin de la Société mentale de Belgique*, 1891, n° 61) que pendant la période de vingt-sept ans, il est entré dans cet asile 2,611 hommes, dont 495 paralytiques généraux. Sur les 2,178 femmes entrées pendant le même laps de temps, la paralysie générale n'a été constatée que 116 fois, d'où on peut conclure que la proportion des paralytiques hommes y était de 18.5 p.100 et celle des femmes 5.3 p. 100.

Pour l'Angleterre, nous sommes renseignés par le rapport du D^r Thurman (1) qui, sur 946 malades nouvellement entrés, a observé 83 paralytiques hommes et 33 femmes. D'après lui, la proportion est de 18.86 p. 100 pour les premiers, et de 6.52 pour les secondes.

En passant maintenant à l'étude de cette question en Russie, nous devons déclarer que nous avons pu consulter les rapports d'un grand nombre d'établissements, surtout provinciaux. Ainsi que le montre le tableau B, annexé à notre travail, notre analyse a porté sur plus de 10,000 aliénés (exactement 11,306). En nous fondant sur ce chiffre, nous pouvons dire que chez nous la paralysie générale fournit pour les hommes un contingent de 13.8 p. 100 sur le nombre total d'aliénés hommes; pour les femmes, la proportion est de 4.38 p. 100 par rapport aux autres affections mentales dont elles sont atteintes. Nous devons ajouter, pour éviter tout malentendu, que nous n'avons pris pour cette recherche que des malades nouvellement entrés (nous faisons, d'ailleurs, la même remarque pour les chiffres des auteurs des autres pays). Les totaux de tous ces calculs peuvent se résumer dans le tableau suivant :

(1) Emprunté à la thèse de Kellner. (V. plus bas.)

	Nombre général des malades.	Le tant p. 100 des paralytiques hommes.	Le tant p. 100 des paralytiques femmes.	Proportion réciproque des deux sexes.
Danemark . . .	4.789	18,5	7,3	1 à 3,49
Autriche. . . .	8.546	26,8	7,8	1 à 3,43
Italie	5.780	12,3	3,7	1 à 3,32
Allemagne . . .	17.076	31,48	9,60	1 à 3,27
Russie.	11.306	13,8	4,38	1 à 3,15
Angleterre. . .	946	18,86	6,52	1 à 2,89
Belgique. . . .	7.656	12,2	4,4	à 2,77
France.	49.267	12	5	1 à 2,40
Totaux	104.284			1 à 3,09

Tous les États que nous venons d'énumérer sont disposés les uns après les autres à mesure que le nombre de cas de paralysie générale chez la femme augmente. Aussi, l'État inscrit le premier sur cette liste est celui où la paralysie générale chez la femme s'observe le plus rarement; le dernier sur la liste est celui où la paralysie est constatée le plus souvent. C'est le Danemark qui se trouve en tête de la liste parce que, d'après nos évaluations, la paralysie générale chez la femme y est la plus rare par rapport à cette maladie chez l'homme; et c'est la France qui, d'après ce tableau, est le pays où les femmes sont atteintes le plus souvent de la paralysie générale. Le centre de ce tableau est occupé par l'Allemagne et la Russie. Dans ces deux États la proportion des paralytiques des deux sexes est presque identique. Trois États sont situés au-dessous de ce centre, ce sont l'Italie, l'Autriche et le Danemark; là, le nombre de cas de paralysie générale de la femme diminue progressivement; trois autres États, l'Angleterre, la Belgique et la France, sont disposés au-dessous du centre, car on y voit la paralysie générale chez la femme progressivement augmenter en fréquence. En moyenne, la proportion des paralytiques des deux sexes est de 1 à 3,09, ce qui veut dire que pour 10 paralytiques généraux il

existe 3 *paralytiques générales*. Comme l'indique le même tableau, *six États d'Europe* : l'*Autriche*, l'*Italie*, l'*Allemagne*, la *Russie*, le *Danemark* et l'*Angleterre*, *répondent complètement à ce résultat moyen*. Deux États, la France et la Belgique, s'éloignent un peu de cette moyenne, puisque en Belgique, pour 10 hommes paralytiques, il existe presque 4 femmes, et en France, exactement 4 femmes. Nous pouvons donc formuler nos conclusions de la manière suivante : dans six États d'Europe : Autriche, Allemagne, Italie, Angleterre, Russie et Danemark, la proportion des paralytiques des deux sexes (ainsi que l'indique l'analyse de 47,000 aliénés de ces différents pays) est presque la même, c'est-à-dire qu'on y trouve, *pour 10 paralytiques hommes, 3 paralytiques femmes* (1). En Belgique et en France, la paralysie générale chez la femme s'observe un peu plus souvent ; *là, il y a en moyenne, pour 10 hommes, 4 femmes*.

Ces conclusions sont aussi intéressantes qu'inattendues. En effet, une opinion s'est accréditée parmi nous

(1) Pour éviter tout malentendu, nous croyons nécessaire d'attirer l'attention du lecteur sur la méthode que nous avons employée pour obtenir nos conclusions. Supposons un hôpital pouvant contenir 300 aliénés hommes et 200 aliénées femmes, qui possède 60 paralytiques du premier sexe et 12 de l'autre. Pour déterminer la proportion des paralytiques des deux sexes, nous prenons d'abord le tant pour 100 des paralytiques hommes, qui, dans l'exemple choisi, est de 20. De même pour les paralytiques femmes, il est de 6. En divisant ensuite 20 par 6 nous obtenons la proportion voulue. Certains auteurs opèrent cependant autrement lorsqu'ils apprécient la fréquence de la paralysie générale dans les deux sexes, ils prennent simplement le nombre brut des paralytiques présents pour chaque sexe (dans notre exemple, 60 et 12), et c'est sur ces chiffres qu'ils forment leurs conclusions, à savoir, que la paralysie générale s'observe cinq fois plus souvent chez l'homme que chez la femme. Il va sans dire que cette façon de calculer est tout ce qu'il y a de plus inexact : on ne compare pas des choses dissemblables, prises au hasard. Nous supposons l'organisation des hôpitaux d'après le type de 300 places pour hommes et de 200 pour femmes.

que la paralysie générale chez la femme est généralement rare. Schüle, ainsi qu'il est dit plus haut, détermine, dans son *Manuel* de 1886, la fréquence relative de cette maladie chez les deux sexes par la proportion de 1 à 7. En lisant cet auteur, il est impossible de savoir quelle a été sa méthode d'évaluation; s'est-il servi de la méthode strictement statistique, ou de celle qui consiste à comparer simplement les nombres des cas de paralysie générale chez l'homme et chez la femme? S'il a adopté la première méthode, nous sommes obligés aujourd'hui d'y apporter des corrections; car, ainsi que nous l'avons vu, d'après les chiffres recueillis par nous, la paralysie générale s'observe chez la femme deux fois plus souvent qu'elle n'avait été observée par Schüle. Si, au contraire, sa conclusion est le résultat d'une simple comparaison des chiffres généraux des cas de cette maladie chez les deux sexes, elle est encore inexacte pour notre époque. En effet, prenons trois auteurs allemands dont les conclusions devraient se rapprocher le plus de celles de Schüle, ce sont Siemerling, Kellner et Kaes; ils ont vu dans l'ensemble 2,979 paralytiques hommes, et 694 paralytiques femmes. Comparons ces chiffres et nous obtenons la proportion de 4 hommes pour 1 femme (1). Nous voyons donc que, quelle que soit la méthode qu'on adopte pour résoudre la question de la fréquence de la paralysie générale chez la femme, il n'est pas douteux qu'à l'heure qu'il est, cette maladie s'observe dans la plupart des États d'Europe, bien plus souvent

(1) Si on applique cette méthode à tous les pays examinés plus haut, on obtient presque la même conclusion. En Allemagne, pour 3,063 hommes, il y a 706 femmes; en Italie, 449 hommes, 102 femmes; en Belgique, 520 hommes, 148 femmes; en France, 2,138 hommes et 742 femmes; en Russie, 858 hommes et 142 femmes. En additionnant les chiffres des hommes, d'une part, et ceux des femmes, et en comparant ensuite, on obtient la proportion de 1 à 3.8, c'est-à-dire, pour 1 femme, presque 4 hommes.

que ne l'avaient cru les premiers auteurs. En ce qui concerne Schüle en particulier, on peut affirmer avec certitude que la *paralysie générale s'observe, chez la femme, deux fois plus souvent que ne l'avait indiqué cet auteur en 1886.*

Est-ce alors une erreur d'évaluation, ou cela indique-t-il que le nombre de cas de paralysie générale chez la femme augmente progressivement? D'après toute vraisemblance, il y a de l'un et de l'autre. D'un côté, il est certain que la plupart des premiers auteurs tranchaient la question de la fréquence de la paralysie chez la femme d'après leurs observations personnelles (parfois très peu nombreuses), d'où possibilité de bien des erreurs; d'un autre côté, il y a des raisons de croire que la paralysie générale s'observe en effet chez la femme de plus en plus souvent. C'est ainsi que le D^r Planès dit que, pendant la période de 1872 à 1878, le nombre des paralytiques hommes a été dans son service de 1,031, et, pendant les sept années suivantes, de 1,107. Leur nombre s'est augmenté ainsi de 7 p. 100. Pendant le premier septennat, le nombre des femmes était de 302, et pendant le second de 440 : augmentation nette de 45 p. 100.

Le même fait s'observe en *Danemark* : si on compare les chiffres donnés par MM. Rohmell et Jacobson (voir plus haut), il devient clair que la paralysie générale a augmenté de fréquence pendant ces sept dernières années à Copenhague. Mais alors que chez les hommes le nombre des cas a augmenté de 10 p. 100, chez les femmes, il a augmenté de 12.4 p. 100.

Des renseignements intéressants sont fournis à ce sujet par le D^r Otto Snell (1), relativement à la province

(1) Die zunehmende Häufigkeit der Dem. par., *Allg. Zeitschrift*, 1880.

de Hanovre, pour la période de trente années de 1857 à 1886. Ses chiffres démontrent avec évidence que la paralysie générale a augmenté de fréquence pendant les quinze dernières années ; en même temps, le nombre des aliénés a augmenté. Mais ce qu'il y a de curieux, c'est qu'alors que le nombre des aliénés a augmenté, pour la seconde période de quinze ans, de 7 p. 100, le nombre des paralytiques généraux a, pendant ce même laps de temps, augmenté de 27 p. 100 (1). Il paraît donc démontré que le nombre des paralytiques généraux augmente généralement d'une façon progressive, mais cette augmentation semble être plus rapide chez la femme que chez l'homme ; de telle sorte que la phrase suivante du D^r Ritti, paraît être solidement fondée : « La femme, dit-il, pour avoir laissé longtemps à l'homme le triste privilège de la paralysie générale, cherche à le lui disputer ; même pour cette affreuse maladie, elle veut devenir l'égale de l'homme (2). » Les résultats que nous avons obtenus relativement à la fréquence de la paralysie générale chez la femme semblent, comme nous l'avons dit, quelque peu inattendus à beaucoup d'entre nous. Ils le sont surtout pour les praticiens. La cause principale de notre façon erronée de juger la fréquence de la paralysie générale chez la femme, est dans ce fait que la plupart des paralytiques générales appartiennent aux classes pauvres de la société, qui ne nous consultent guère et qui, vers la fin de la maladie, conduisent directement leurs malades à l'hôpital ou à l'asile. Pour les hommes, au contraire, un phénomène complètement inverse s'observe : parmi eux, sont atteints très souvent des individus des classes

(1) A la même conclusion arrive aussi Trowbridge. *The Alienist and Neurol.*, 1891.

(2) Étiologie de la paralysie générale. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 43, 1888.

privilégiées, riches, où l'on considère le placement à l'hôpital comme une mesure tout à fait extrême, et où l'on tâche de conserver les malades et de les traiter chez eux le plus longtemps possible. Voilà pourquoi il arrive que le médecin praticien a très souvent l'occasion de donner ses conseils aux hommes atteints de paralysie générale, et au contraire, très rarement, aux femmes. Or, les hôpitaux donnent, comme nous l'avons vu, une proportion de fréquence tout autre.

Les résultats obtenus par nous sont non seulement inattendus, mais incontestablement très intéressants, parce qu'ils jettent quelque lumière sur la solution de certaines questions relatives à l'étiologie de la paralysie générale. Nous avons vu plus haut que si on prend les chiffres de six États d'Europe : Autriche, Allemagne, Danemark, Italie, Angleterre et Russie, ils concordent entre eux sur un seul point, malgré toute la variété des conditions au milieu desquelles vivent et tombent malades les habitants de ces six pays : la proportion de fréquence entre les deux sexes est à peu près la même partout, bien que le tant pour 100 des cas de paralysie générale chez l'homme, par exemple, oscille entre 31 et 12 dans les différents États. Où sont les causes de ce phénomène ? On sait que, déjà en 1867, Krafft-Ebing avait une tendance à expliquer les proportions de fréquence entre les deux sexes dans la paralysie générale par cette proportion dans le tabes. D'après ses observations, la paralysie générale comme le tabes se rencontrent huit fois plus rarement chez la femme que chez l'homme. Après le célèbre aphorisme de Möbius : « La paralysie générale est le tabes du cerveau », l'explication de Krafft-Ebing ne constitue pas, en réalité, une réponse à la question qui nous intéresse. Il faut avant tout chercher les causes de ce phénomène (à savoir que dans les six États d'Europe, on observe, pour 10 para-

lytiques hommes, 3 paralytiques femmes) sur un terrain où les malades, pris dans les différents pays et ayant vécu dans les conditions les plus variables, se rencontrent cependant. Ce terrain-là, c'est l'étiologie. Quel que soit le pays auquel appartiennent les paralytiques généraux, nous trouvons dans l'étiologie de leur affection à peu près également souvent la syphilis, l'alcoolisme, etc. Et alors la question suivante se présente à l'esprit spontanément : cette proportion de fréquence de la paralysie générale ne dépend-elle pas de la proportion de fréquence, entre les deux sexes, d'un des facteurs étiologiques les plus puissants, c'est-à-dire de la syphilis ? Les recherches que nous avons faites (ainsi d'ailleurs que d'autres) (1) dans cette direction, donnent cependant une réponse directement négative. M. Hertenstein, dans son livre sur « la syphilis en Russie », établit, d'après un grand nombre de chiffres recueillis par le département médical, la proportion de la fréquence de la syphilis chez les deux sexes de la façon suivante (2) : dans les villes, sur 100 syphilitiques hommes, on observe 70 femmes. Dans les campagnes, on observe, d'après les évaluations du même auteur, un fait exactement inverse : pour 77 hommes atteints de syphilis, on trouve 100 femmes (3). Étant donné que la population des campagnes est en général plus grande que celle des villes, nous pouvons dire, en nous fondant sur ces chiffres, que la syphilis, du moins en Russie, est répandue parmi les femmes, non seulement pas moins, mais même, en apparence, encore un peu plus que parmi les hommes. Mais d'un autre côté, comme nous venons de le voir, il

(1) V. Les affections mentales accompagnant la syphilis, par P.-J. Kovalsky. *Arch. de Psychiatrie*, n° 2, t. XXI, p. 56 (en russe).

(2) P. 392.

(3) P. 395.

ne paraît pas douteux que dans les villes le nombre de syphilitiques hommes est plus grand que celui des syphilitiques femmes. En ce qui concerne la ville de Moscou, les renseignements que nous avons trouvés dans les comptes rendus de l'administration municipale pour la période 1886 à 1890, relativement aux malades entrés dans tous les hôpitaux, dénotent pour Moscou une proportion de fréquence de la syphilis chez l'homme et chez la femme égale à celle que M. Hertenstein a trouvée pour toutes les villes de l'empire russe. Autrement dit, à Moscou aussi, pour 100 syphilitiques hommes, on constate 70 femmes (1). Or, dans les six États en question, nous avons constaté que pour 100 paralytiques généraux, on observe 25 paralytiques générales, si au lieu de prendre le rapport proportionnel, on compare simplement les chiffres des hommes et des femmes paralytiques.

Ces résultats négatifs ne doivent, en réalité, étonner personne. Certes, si la paralysie générale ne dépendait que de la syphilis, on aurait obtenu probablement, pour la première, une proportion de fréquence parallèle à celle qu'on constate dans la seconde de ces maladies. Mais nous avons intentionnellement attiré plus haut l'attention sur ce fait que, pour le développement de la paralysie générale, la présence de trois facteurs étiologiques réunis est au moins nécessaire. Il est possible que les causes de la loi que nous avons formulées sur la fréquence proportionnelle de la paralysie générale dans les deux sexes reposent justement sur ce fait que, chez les femmes, aussi bien la *syphilis* (en ce qui concerne au moins les grandes villes, où la paralysie générale recrute justement le plus souvent ses victimes) que l'*alcoolisme*, s'observent géné-

(1) Dans tous les hôpitaux de Moscou, il y a eu, de 1887 à 1890, 14,491 syphilitiques hommes et 9,972 syphilitiques femmes.

ralement plus rarement que chez les hommes. Ensuite, il paraît également démontré que la paralysie générale, grâce à son évolution pour ainsi dire plus modeste chez la femme, nécessite moins souvent son internement à l'établissement spécial, que dans le cas de paralysie générale, chez l'homme. Telles sont les trois causes qui s'observent plus rarement pour les femmes. C'est peut-être là la raison pour laquelle la paralysie générale est trois fois moins fréquente chez la femme (dans les six États ci-dessus indiqués.) Mais ceci n'est naturellement, de notre part, qu'une supposition, et nous n'avons pas la prétention de la considérer comme une juste solution de cette intéressante question.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'attirer l'attention sur la question suivante: Pourquoi les Danoises sont-elles relativement moins souvent atteintes de paralysie générale que les Françaises? Il est à désirer que cette question intéresse les aliénistes des deux pays, car sa solution jetterait très probablement une vive lumière sur l'étiologie de la paralysie générale chez la femme (1).

2. La deuxième question est relative à l'âge des malades. *Existe-t-il, à cet égard, une différence quelconque entre l'homme et la femme?* Cette question a une grosse importance, car involontairement elle met sur la scène un nouveau facteur étiologique, notamment la *ménopause*. Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels nous

(1) A propos de cette question, il est bon de noter qu'en Amérique la paralysie générale paraît être très rare, et la différence entre la fréquence de cette affection chez l'homme et la femme est très accentuée. Ainsi, *The Journal of nervous and mental Disease* publie, dans son numéro de mars 1891, p. 202, un compte rendu sur la fréquence de la paralysie générale dans quatre asiles d'Amérique. D'après ce compte rendu, on voit que sur 2,696 aliénés hommes le nombre de paralytiques a été de 81 (3 p. 100) et sur 2,464 femmes, ce nombre n'a été que 7 (0.28 p. 100). La proportion relative pour les deux sexes est donc de 1 à 10.7, c'est-à-dire 1 femme pour 11 paralytiques hommes.

citerons Sander, Krafft-Ebing, Iung, Greppin, ainsi que Schüle, attachent une grande valeur à cette période, dans l'étiologie de la paralysie générale chez la femme. Mais quand on cherche à vérifier cette opinion, on constate qu'elle n'est pas suffisamment fondée. Le lecteur trouvera plus loin le tableau C annexé à ce travail, et dans lequel est noté l'âge de 857 malades; ce tableau démontre qu'à ce point de vue, il n'existe, à proprement parler, aucune différence bien sensible entre l'âge de la femme et celui de l'homme, et que c'est la période comprise entre 30 et 40 ans qui, dans les deux sexes, prédispose le plus aux atteintes de la paralysie générale. Siemerling détermine cet âge de la façon la plus précise; pour lui, c'est la période comprise entre 36 et 40 ans qui est l'âge préféré de la paralysie générale féminine. M. Nicoulau, dans son travail récemment paru, considère l'âge de 40 ans, comme « le *bel âge* de la paralysie générale ». Bref, en nous fondant sur tous ces faits, il faut *considérer l'âge précédant la période climaterique comme prédisposant le plus à la paralysie générale.*

3. *Quant au classement des malades d'après les différentes professions et situations sociales*, il est tout à fait impossible de formuler une conclusion aussi sévère que celle donnée par le Dr Oebeke pour les hommes. Pour les femmes, il faut remarquer que la plupart des auteurs allemands (Krafft-Ebing, Hoffmann, par exemple) constatent ce fait que la paralysie générale est extrêmement rare chez les femmes des classes supérieures. La même opinion est émise par Baillarger, Martini, Colovitch. Ce dernier indique dans son livre que si on prend la statistique des asiles privés, aussi bien en France qu'en Allemagne, on compte, pour 310 hommes atteints de paralysie générale, à peine 16 femmes, les uns et les autres traités dans le même laps de temps et

dans les mêmes établissements. Autrement dit, on observera pour 100 hommes pouvant être traités dans des maisons de santé privées, 5 femmes, tandis que dans les asiles appartenant à l'État on trouve pour 100 hommes au moins 25 femmes (en procédant non pas d'après la méthode de statistique rigoureuse, mais par simple comparaison). Ainsi donc, la paralysie générale recrute le plus souvent ses victimes dans les couches de la société où la misère, le chagrin, les soucis, sont les plus fréquents.

On comprend alors pourquoi la paralysie générale s'observe le plus souvent dans les grandes villes industrielles et commerçantes. C'est ainsi que, d'après Régis, la paralysie générale est dix fois plus rare parmi les habitants des campagnes. D'après ce que nous venons de dire, il ne doit pas paraître étrange que la paralysie générale soit bien plus fréquente parmi les femmes mariées que parmi les célibataires ou les veuves. Le tableau D, résumant la statistique de différents auteurs, démontre que les femmes mariées constituent 70 p. 100, les célibataires 23 p. 100 et les veuves 7 p. 100 sur l'ensemble des paralytiques générales. Quant aux célibataires, on y rencontre surtout des bonnes, des modistes, des prostituées et des ouvrières de fabrique. Cependant tous ces chiffres ne permettent pas encore de formuler une règle bien solide. Remarquons que la *prostitution* joue un rôle assez notable dans l'étiologie de la paralysie générale; car si on prend les chiffres indiqués par Krafft-Ebing, Sioli, Reinhardt, Siemerling, Jacobson et Colovitch, on trouve que sur 656 paralytiques, 83 étaient des prostituées (12.6 p. 100). Il faut, en outre, tenir compte de la prostitution clandestine. D'après la statistique des auteurs français (Nicolau), il semblerait qu'en France ce sont les professions de journalière et de couturière qui donnent le

plus grand contingent de paralytiques; M. Nicoulan explique ce fait par la nécessité qu'éprouvent les personnes se livrant à un travail si dur, de recourir à des excitants tels que le café, l'alcool.

Nous pouvons avoir des indications bien plus précises de la statistique qui touche à la situation matérielle des malades. Nous trouvons, à ce sujet, des renseignements très intéressants dans le rapport du D^r Peeters : sur 148 paralytiques, 146 étaient des femmes pauvres, et 2 seulement dans une situation aisée. (Il faut remarquer que les hommes paralytiques appartiennent, pour la plupart, à la classe pauvre, car on a constaté contre 475 indigents à peine 45 malades jouissant du nécessaire.)

On ne peut donc pas dire que telle ou telle profession prédispose plus spécialement la femme à la paralysie générale. On constate que : 1° *les femmes mariées et pauvres sont le plus souvent atteintes*. Ceci seul démontre que la misère, la lutte pénible pour la vie jouent un grand rôle dans l'étiologie de la paralysie générale chez la femme; 2° *que sont ensuite le plus souvent atteintes les femmes qui, tout en se livrant à un travail très dur, se permettent divers excès, comme l'alcool, le café* (les journalières en France, les couturières en France et en Allemagne); 3° enfin, *sont souvent atteintes les femmes dont toute la vie n'est qu'une série d'excès de toute sorte* (vénériens, alcooliques) et chez lesquelles s'observe maintes fois la syphilis (par exemple les prostituées).

4. En passant maintenant à l'étude des facteurs étiologiques proprement dits, arrêtons-nous d'abord sur l'hérédité. D'après les observations des auteurs allemands (voir le tableau E), l'hérédité se trouve notée dans 21 p. 100 du nombre total des paralytiques. Jacobson l'a constatée dans la proportion de 28 p. 100,

Nicoulau 31 p. 100. Mais si l'on tient compte de l'opinion émise par certains auteurs français « que le candidat paralytique n'est autre chose qu'un dégénéré » (Régis, Lemoine, Charpentier) (1) et de l'aphorisme de Wilson : *General paralytics are born, not made*, il devient certain que la proportion d'hérédité que nous venons d'indiquer est au-dessous de la réalité. Le travail de M. Oebeke, quoique relatif aux hommes seulement, peut servir à l'appoint de cette assertion, car il constate l'hérédité dans 55 p. 100 d'un nombre total de paralytiques généraux. Nos observations personnelles relatives aux femmes prouvent nettement que la proportion indiquée par la plupart des auteurs qui ont écrit à ce sujet est trop faible; en effet, l'on verra dans notre tableau que l'hérédité a été constatée dans 50 p. 100 du nombre total des paralytiques générales.

5. Nous avons vu que pour les hommes la *syphilis* constitue un facteur étiologique de la plus haute importance. Voyons ce que pensent, à ce sujet, les auteurs qui ont étudié la paralysie générale chez la femme. L'étude de la question des rapports de la syphilis avec la paralysie générale présente un intérêt psychologique considérable, car il n'existe pas un autre domaine où l'on pourrait remarquer avec la même netteté quelle influence immense exercent dans toutes nos actions la suggestion et l'auto-suggestion. En effet, ce n'est qu'en se plaçant à ce point de vue qu'on peut comprendre pourquoi certains observateurs voient la syphilis dans 70, 80 p. 100 des cas, et pourquoi d'autres ne la voient que dans 2 p. 100 ou dans une proportion moindre encore. Ce n'est sans doute pas un phénomène de pur hasard, c'est plutôt la conséquence de cette pétition de principe, avec laquelle beaucoup d'auteurs abordent

(1) Nicoulau. *Ann. méd.-psychol.*, 1893, n° 1, p. 22.

l'étude de cette question. Convaincus d'avance que la syphilis n'a aucune espèce d'importance, ils ne la cherchent pas ou ne veulent pas la voir dans les antécédents de leurs malades. Les deux vers cités par le D^r Nicoulan :

Les chercheurs ne savent plus voir
Que la couleur qui peut leur plaire,

expriment une vérité bien saisie.

Aussi, en parcourant les travaux de divers auteurs, nous voyons que les uns, comme Krafft-Ebing, par exemple, ne disent pas un mot de la syphilis, dans l'examen de leurs malades; les autres donnent à la syphilis une place très modeste dans l'étiologie de la paralysie générale chez la femme, et Inng, par exemple, ne la note que dans 2.2 p. 100. De même Kellner, sur 27 paralytiques générales, ne trouve la syphilis ancienne que dans un cas (c'est-à-dire dans presque 4 p. 100); Siemerling, dans 12.6 p. 100; Grepping, dans 15.4 p. 100; Sioli, chez ses malades, la trouve dans 25 p. 100. Tout autre est l'opinion de Jacobson, de Copenhague (1). Dans son article intitulé : *The Relations hip between Paralysis of the Insane and Syphilis*, il analyse 116 cas de paralysie féminine et arrive à cette conclusion que de tous les facteurs étiologiques la place la plus importante appartient à la syphilis : dans 65 p. 100 de cas de paralysie générale chez la femme, il trouve des indications sur l'ancienne syphilis. Un autre aliéniste danois, Rohmell, a communiqué au Congrès international de Copenhague (1884) un travail d'où il résulte qu'il a noté la syphilis dans 66 p. 100 des paralytiques générales. Quant aux hommes, il trouve chez eux la syphilis presque dans 80 p. 100, exactement 79.4 p. 100.

En France, nous devons déclarer que tous les auteurs qui ont traité spécialement la paralysie générale de la

(1) *Journal of mental Sciences*, avril 1892.

femme, n'accordent presque aucun rôle à la syphilis dans l'étiologie de cette maladie, car ils n'ont trouvé ce facteur que dans une proportion très minime. Sous ce rapport, le très récent article de M. Niconlau est fort intéressant et instructif. Sur 101 cas, cet auteur n'a noté la syphilis qu'une seule fois ! Il faut évidemment chercher l'explication de ce résultat dans les deux vers cités plus haut, et empruntés d'ailleurs à l'article de l'auteur.

Cependant, M. Régis, qui a publié, en 1882, un article sur la paralysie générale où il n'accordait, pour ainsi dire, aucun rôle à la syphilis dans l'étiologie de cette maladie, a modifié plus tard son opinion, à en juger d'après les déclarations faites par lui au Congrès de Rouen, en 1890, congrès dans lequel il se montra le partisan le plus résolu de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale (1). C'est à ce Congrès que se manifesta nettement la divergence des opinions des différents aliénistes au sujet des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. M. Régis, très convaincu cette fois, trouvait la syphilis dans 80 p. 100 des cas de paralysie ; d'autres rapporteurs étaient si loin de cette constatation, que le Congrès, en face de données aussi contradictoires, ne put formuler aucune conclusion : Cullerre, notamment, établissait le rapport de 13.2 p. 100 ; Dubuisson, 3.1 p. 100, et, bien mieux, Auguste Voisin ne la trouvait que dans 1.6 p. 100. Anglade (2), qui a publié son travail après ce Congrès, a trouvé sur 37 femmes paralytiques générales, 30 fois la syphilis certaine et 5 fois la syphilis probable.

En Russie, personne, jusqu'à présent, n'a écrit d'ouvrage spécial sur la paralysie générale chez la femme (3),

(1) *Ann. médico-psychol.*, 1890.

(2) *Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive*, 1892.

(3) En mars 1893, j'ai fait, à la Société des neurologistes et

bien que la valeur étiologique de la syphilis dans le tabes et la paralysie générale ait depuis longtemps attiré la plus grande attention de nos savants (professeurs Kovalewsky, Minor, Kojevnikow, Korsakow). C'est ainsi qu'il y a cinq ans, le D^r Minor (1), en se fondant sur ses observations personnelles, ainsi que sur celles recueillies depuis plusieurs années par les professeurs Kojevnikow et Korsakow, arrive à cette conclusion que la syphilis joue un rôle également considérable dans l'étiologie du tabes et dans celle de la paralysie générale ; il l'a constatée dans les deux maladies au moins de 60 à 70 fois p. 100. Dans le même article, on trouve des indications sur la fréquence de la syphilis dans la paralysie générale chez la femme. A la page 265, le D^r Minor, en examinant les observations qui lui ont été confiées par le professeur Korsakow, constate que la *syphilis non douteuse et excessivement probable s'observe dans 50 p. 100 des cas*. Mais, si on y ajoute les cas où la syphilis est simplement probable ou possible, elle s'observe alors dans 87 p. 100 sur l'ensemble des cas de paralysie générale chez la femme.

En analysant nos observations (v. le tableau G), nous trouvons une indication de l'ancienne syphilis dans 58 p. 100 des cas. Les autres 42 cas restants étaient douteux, la syphilis étant niée par les parents des malades. Nous admettons cependant très volontiers que cette proportion est bien au-dessous de la réalité, car si certains hommes cachent leur ancienne syphilis, bien plus de femmes encore ont de bonnes raisons pour faire

aliénistes de Moscou, une communication sur « la paralysie générale chez la femme ». Or, en avril 1893, a paru, à Kharkow, le *Recueil en l'honneur du professeur Obolensky*, où figurait un article du D^r Tichomirow, ayant le même titre que notre communication. Cet article relatait quatre cas de paralysie générale chez la femme.

(1) *Messenger de Psychiatrie*, du professeur Mergiewsky, 1888, t. I.

de même. Les femmes mariées en secondes noccs, par exemple, n'ont pas initié leurs maris à tous les secrets de leur vie passée, de sorte qu'ils ne peuvent répondre quand on les interroge. Puis, quelques-unes de nos paralytiques générales ont eu des liaisons bien avant leur mariage : autre raison pour ne point trop bavarder sur le passé. Enfin, il existe très certainement des cas où la syphilis, tout en étant contractée par la femme, a passé complètement inaperçue d'elle. Parfois, les phénomènes secondaires sont si faiblement prononcés qu'ils peuvent évoluer complètement ignorés, de sorte que l'ancien chancre induré peut être pris pour un chancre mou. Le Dr Toulouse (1) a raison de dire que « la femme est très fréquemment ignorante de sa maladie, car le chancre induré passe, chez elle, souvent inaperçu ». Donc, reconnaissant que la proportion trouvée chez nos malades est très probablement au-dessous de la vérité, nous ne ferons, pour résoudre cette question de la fréquence de la syphilis dans la paralysie générale de la femme, que nous arrêter aux données statistiques suivantes :

	Nombre de paralytiques générales.	Syphilis ancienne.
Sioli	12	3
Falret	7	5
Rohmell	38	25
Korsakow	8	7
Jacobson	100	65
Anglade	37	35
Nos malades	19	11
Tichomirow	»	3
Total	221	154

Ainsi donc, l'analyse de 221 observations recueillies

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1892.

par différents auteurs et relatives à la paralysie générale chez la femme, indique la syphilis ancienne dans 68 p. 100 sur l'ensemble des cas. Mais nous ne sommes pas encore disposés à considérer ce résultat comme précis et définitif.

En effet, le procédé que nous avons employé permet de corriger les erreurs de chaque statistique prise à part, mais il ne fait nullement disparaître les causes dont nous avons parlé plus haut, et qui rendent si difficile la solution de la question posée, dans l'étiologie de la paralysie générale de l'homme, et plus particulièrement de la femme. Pour arriver à une solution définitive, il faut des observations nouvelles et plus nombreuses.

6. Parmi les autres facteurs étiologiques, il faut réserver une large place aux *causes morales* au sens le plus vaste de cette expression : lutte pénible pour l'existence, chagrins, soucis, etc. Krafft-Ebing, en étudiant l'étiologie de 80 cas de paralysie générale chez la femme, et d'un nombre égal de cas chez l'homme, a remarqué que cette catégorie de causes s'observe plus fréquemment chez la femme, la proportion serait $\frac{14}{11}$. Autrement dit, dans plus de la moitié des cas de paralysie générale chez la femme (51.2 p. 100) il constate la présence de différentes causes morales, tandis que chez les hommes, l'influence de ces causes n'est notée que dans 17.5 p. 100. En revanche, l'on observe plus souvent chez l'homme que chez la femme ce que les Allemands désignent par le terme général de *debauchierende Lebensweise* (habitudes de la débauche). Sous ce rapport, la proportion entre les deux sexes est de $\frac{15}{26}$. Les excès de toute sorte (vénéériens, alcooliques) entrent tout de même pour 32.5 p. 100 dans le nombre des femmes. La plupart des auteurs allemands indiquent généralement que la série des « causes morales » joue

un grand rôle dans l'étiologie de la paralysie générale chez la femme. C'est ainsi que Greppin trouve dans 80.7 p. 100 « *geistige und körperliche Ueberanstrengungen, schwerer Aerger, viel Kunimer, u. s. w.* (p. 556). Quand à Siemerling, il dit ceci dans son résumé (p. 408) : « *In erster Linie unter den veranlassenden Ursachen stehen Schädlichkeiten, welche ihre Begründung in ungünstigen sociale Verhältnissen, in dem erschwereten Krampfe ums Dasein finden.* » Donc, les émotions, la lutte pénible pour la vie semblent plus fréquentes dans l'étiologie de la paralysie générale chez la femme que chez l'homme (trois fois plus fréquente, d'après Krafft-Ebing). On peut constater chez l'homme, en revanche, la fréquence deux fois plus grande, d'excès de toute sorte. Chez nos malades, nous avons noté la présence de causes morales dans 38 p. 100 des cas ; et dans 15 p. 100 c'est l'alcoolisme que nous avons constaté (v. tableau G).

En résumé, les « causes morales », dans le sens le plus large du mot, et le travail pénible, se présentent dans 56.6 p. 100 sur le nombre général des cas de paralysie générale féminine, d'après les chiffres de Krafft-Ebing, Greppin, et les nôtres.

7. Les autres facteurs étiologiques semblent jouer un rôle minime dans la paralysie générale chez la femme. C'est ainsi que nous avons dit plus haut que l'importance considérable attachée par certains auteurs à la *période climatérique* ne se confirme pas par les données cliniques, car l'âge considéré comme prédisposant le plus à la paralysie générale chez la femme est justement celui qui précède d'assez loin la ménopause (d'après Siemerling, cet âge est de trente-six à quarante ans).

Certains auteurs ont prétendu que la *menstruation irrégulière* joue un certain rôle dans l'étiologie de la

paralysie générale. Cette opinion est basée sur un si petit nombre de faits qu'on n'en peut vraiment pas tenir compte. Il faut dire la même chose au sujet des *accouchements fréquents et laborieux*. Sur les 106 cas cités par Krafft-Ebing et Greppin, on n'en trouve en effet que 12 avec la note : accouchements laborieux et fréquents. Nous croyons qu'en prenant des femmes psychiquement saines, nous trouverons sûrement, sur 106 cas, 5 cas d'accouchements fréquents, et 7 cas où ils étaient laborieux.

Plusieurs aliénistes ont observé la paralysie générale durant la *grossesse*, au cours de la période *post-puerpérale*, de même que pendant la *lactation*, et en faisant cette constatation ils semblent disposés à chercher les causes de la paralysie dans un de ces trois états de l'organisme de la femme. Weber, notamment, décrit 2 cas de paralysie générale, sur 68 cas de folie puerpérale; Schmidt (1) rapporte 6 cas; Jung, cité déjà plusieurs fois au cours de ce travail, a observé également 6 cas semblables. Ludwig Hoche (2) a observé, sur 211 cas de psychoses puerpérales, 5 cas de paralysie générale. George H. Savage (3) parle de 4 cas de la même maladie, observée parmi les autres formes de la *Puerperal Insanity*. Ainsi donc, dans la littérature psychiatrique qu'il nous a été donné de consulter, nous trouvons 23 cas de paralysie générale constatée ou pendant la grossesse, ou durant la période post-puerpérale, ou au cours de la lactation (4). Comme je viens de le dire, c'est dans les trois périodes physiologiques de la

(1) *Archiv. f. Psychiatrie*, Band XI.

(2) *Archiv. f. Psychiatrie*, Band XXIV.

(3) *A Dictionary of Psychological medicine*, Hack Tucke, 1892.

(4) Dans les *Comptes rendus des maternités*, nous avons pu également constater des cas isolés de paralysie générale. (Voyez, par exemple, Winckel de Dresde.)

femme que beaucoup d'auteurs sont disposés à voir la cause du développement de la paralysie générale. Nous ne partageons guère cet avis; il est très probable que ces cas s'expliquent ou par la simple coïncidence du début de la grossesse et de la période initiale de la paralysie générale, alors que nul de l'entourage de la malade ne se doute de l'existence et de la gravité de l'affection dont elle est atteinte; ou bien, dans ces cas, il se peut aussi que la conception ait eu lieu pendant les rémissions qui s'observent assez souvent au cours de la paralysie générale chez la femme (voir plus bas). Un cas semblable, entre autres, est décrit par Savage. C'est dans le travail du même auteur que nous trouvons cette phrase, qui peut servir d'explication à la question abordée : à la page 1040, du *Dictionary Hack Tuke*, il dit ceci : *It is not northy, that in some female general paralytiks the menses will continue up to the end.* S'il en est ainsi, la femme déjà atteinte de paralysie générale, mais qui a encore ses règles, peut devenir enceinte, peut accoucher ensuite et allaiter son enfant. En présence d'un pareil cas, nous n'avons certainement pas le droit de dire que la paralysie générale a été déterminée ici par la grossesse et l'accouchement. Il est évident que dans ce cas le trouble psychique a commencé bien avant toutes ces périodes puerpérales.

9. Il nous reste à dire quelques mots à propos des *traumatismes*. La question des rapports du traumatisme et de la paralysie générale présente certainement un très grand intérêt aussi bien scientifique que pratique. On sait que, d'après le caractère des lésions anatomopathologiques, on peut dire que la paralysie générale est une cirrhose du cerveau. Il est permis alors de se demander si cette cirrhose peut être la conséquence d'un traumatisme? Et si elle ne peut être engendrée par un traumatisme, peut-elle se développer à la suite de

ce choc psychique (*Gemüterschütterung* des Allemands) qui est inévitable dans certaines catastrophes et qui a peut-être une importance plus grande encore que la commotion cérébrale elle-même? Enfin, troisième question, le traumatisme ne constitue-t-il pas un facteur qui accélère simplement le développement de la paralysie générale, paralysie qui, sans lui, aurait également apparu tôt ou tard chez l'individu donné? En d'autres termes, la paralysie générale ne se développe-t-elle après un traumatisme que chez des individus particulièrement prédisposés à cette maladie? A part l'intérêt scientifique qui s'y attache, la solution de cette question a une très grande importance au point de vue médico-légal. En effet, il nous est arrivé comme à beaucoup d'autres aliénistes, de nous trouver en face de la question suivante, directement et nettement formulée par le tribunal : « Tel conducteur a-t-il pu contracter la paralysie générale après la chute qu'il a faite, le train en marche? » Nous n'avons pas l'intention, dans ce travail, d'essayer même de résoudre ces questions, elles sont si importantes et complexes, qu'elles peuvent servir de sujet à un travail spécial. Il nous reste seulement à dire que la plupart des auteurs parlent du traumatisme comme d'une cause pouvant jouer un rôle dans l'origine de la paralysie générale, aussi bien chez l'homme que chez la femme ; mais le nombre de cas observés est très faible. D'après les statistiques allemandes (Krafft-Ebing, Jung, Kellner, Siemerling, Greppin) et les chiffres donnés par Jacobson, on trouve, sur l'ensemble de 516 paralytiques générales, 14 cas dans lesquels se trouve mentionné un traumatisme dans les antécédents personnels (2.5 p. 100). Chez les hommes, cette proportion est, d'après les nns, un peu plus élevée ; d'après d'autres, elle ne dépasse pas 2 p. 100 (par exemple, d'après Oebeke et Peeters).

En examinant les facteurs étiologiques dans leur ensemble, nous voyons qu'il y a très peu de cas où la maladie peut s'expliquer par l'intervention d'une seule cause. Dans l'immense majorité des cas, aussi bien chez l'homme que chez la femme, la paralysie générale se développe par l'intervention simultanée d'au moins deux, mais le plus souvent de trois facteurs étiologiques. Personne, jusqu'à présent, n'a fait, sur la paralysie générale chez la femme, un travail analogue à celui que M. Oebeke a fait sur celle de l'homme. Mais la justesse de notre opinion sur la *nécessité de l'intervention de plusieurs facteurs*, ressort nettement de la simple juxtaposition des principaux facteurs étiologiques. Nous avons vu que, sur 100 cas de paralysie générale chez la femme, il faut mettre, d'après nos observations : pour l'hérédité, 59 p. 100 ; pour la syphilis, 68.4 p. 100, ainsi qu'il résulte des observations de plusieurs auteurs ; pour les causes morales (émotions, luttés pénibles pour la vie), 56.6 p. 100 ; pour toute sorte d'excès (vénériens, alcooliques), 32.5 p. 100. Tout en étant très sévère pour le traumatisme, nous sommes tout de même forcés de reconnaître sa participation par 2.5 p. 100. Faisons l'addition et nous trouvons 219 unités étiologiques pour 100 malades. En d'autres termes, pour *chaque malade, plus de deux facteurs étiologiques à la fois*. Mais, si l'on tient compte que nous n'avons recueilli dans cette évaluation que les principaux facteurs de la paralysie générale, et que quelques autres nous ont sans doute échappé, nous croyons pouvoir affirmer, sans exagération, que pour chaque femme atteinte de paralysie générale interviennent à la fois au moins trois facteurs étiologiques, conclusion qui, d'ailleurs, ressort avec évidence du travail de M. Oebeke sur la paralysie générale chez l'homme.

On comprend alors pourquoi les tentatives pour es-

sayer de trouver une relation directe entre la fréquence d'un facteur étiologique important quel qu'il fût et la fréquence de la paralysie générale chez la femme, donnent des résultats obscurs et contradictoires. Nous avons vu plus haut que, malgré le rôle incontestable joué par la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale, elle est incapable d'expliquer tout à elle seule, et si on ne voulait envisager que ce seul facteur, bien des questions relatives à la paralysie générale resteraient obscures et incompréhensibles. Il en est de même de l'alcool. Ici, également, l'on obtient tantôt des résultats positifs, tantôt des résultats absolument négatifs. Par exemple, le D^r Toulouse dit, dans l'article que nous avons cité plus haut, que bien des médecins en France (Garnier, Planès, Berbez) ont observé une augmentation simultanée et parallèle dans le nombre d'alcooliques et de paralytiques généraux. D'après leur statistique, on peut dire que *si, dans une certaine localité, la quantité d'alcooliques devient trois fois plus considérable, celle des paralytiques devient toujours deux fois plus grande*. A côté de ces résultats, favorables aux rapports étroits de la paralysie générale et de l'alcoolisme, nous trouvons dans la littérature médicale, d'autres exemples, diamétralement contraires à ceux-ci. Il suffit de rappeler que l'Irlande, où l'alcoolisme est très répandu, ne compte que très rarement des paralytiques généraux. Dans le midi de l'Italie, le phénomène inverse est observé. Le D^r Roscioli (1) constate que l'alcoolisme est peu répandu dans son pays, qu'il y est plus rare encore que le traumatisme et cependant il a pu étudier et décrire 126 cas de paralysie générale. Or, en acceptant la triple formule étiologique de la paralysie générale que nous avons in-

(1) La paralytis progressiva nell' Italia meridionale. *Il Manicomio moderno*, 1891, n^{os} 1, 2, 3.

diquée plus haut, ces résultats contradictoires, quand il s'agit de facteurs étiologiques pris séparément, n'étonnent plus ; car, dans la plus grande majorité des cas, la paralysie générale n'est pas la conséquence d'une seule cause, quelle qu'elle soit, *mais elle est le résultat d'une action combinée de trois agents étiologiques à la fois*, le plus souvent.

10. Passons maintenant à la question suivante : *La paralysie générale présente-t-elle, chez la femme, quelques particularités au point de vue clinique ?*

Déjà Sander a remarqué, dans l'évolution de la paralysie générale chez la femme, les particularités suivantes : 1° d'abord, cette évolution est plus calme et plus lente que chez l'homme ; 2° la modification prodromique du caractère et l'affaiblissement des facultés intellectuelles s'opèrent plus lentement ; 3° le délire de grandeur est plus faiblement prononcé, il touche principalement aux fonctions génitales ; 4° les ictus épileptiformes ou apoplectiformes, de même que les accès de violente excitation, viennent plus rarement compliquer la marche de l'affection. La plupart des auteurs qui sont venus après Sander sont d'accord avec ses conclusions générales, tels sont : Krafft-Ebing, Jung, Mendel, Schüle. Plus bas, on trouvera un tableau (tableau F) que nous avons composé, et qui permet de juger les variétés cliniques observées dans la paralysie générale chez la femme d'après les différents auteurs. Si on compare ce tableau avec celui que le D^r Oebeke a dressé pour la paralysie générale chez l'homme (tableau A), on arrive à cette conclusion ; qu'au point de vue des variétés cliniques, il n'y a pas, à proprement parler, de différence bien tranchée entre les deux sexes, sauf cependant que la forme tabétique de la paralysie générale s'observe bien plus rarement chez la femme que chez l'homme. En effet, d'après les travaux que nous

venons de citer, la forme tabétique atteint, chez la femme, la proportion de 1 p. 100, et, chez l'homme, 4 p. 100. Les causes de ce phénomène se comprennent d'elles-mêmes. Quant à la forme maniaque de la paralysie générale, les tableaux A et E démontrent que, chez l'homme, elle s'observe dans la proportion de 59.8 p. 100, et, chez la femme, dans celle de 55 p. 100. Cette différence est évidemment trop faible pour qu'on puisse se permettre de baser sur elle une distinction quelconque. Certains auteurs (Kornfeld, par exemple), ont prétendu que le délire de grandeur est absent de la paralysie générale chez la femme; cette observation n'est nullement confirmée ni par les observations de la plupart des aliénistes ni par nos propres observations. Sur 225 malades examinés par divers auteurs (tableau F), 119 seulement avaient le délire de grandeur, c'est-à-dire un peu plus de la moitié (53 p. 100). Quant aux formes évoluant sans bruit, purement démentielles, les mêmes tableaux indiquent qu'il n'existe absolument aucune différence notable entre les deux sexes; car, chez l'homme, la forme démentielle atteint la proportion de 22.8 p. 100 et, chez la femme, celle de 23.4 p. 100.

Mais s'il n'existe pas des différences très tranchées dans les variétés cliniques de la paralysie générale dans l'un ou l'autre sexe, ces variétés présentent cependant, d'après la plupart des auteurs, des nuances de fond qui ne sont pas absolument les mêmes. Nous avons déjà indiqué plus haut en quoi consiste principalement cette différence. Siemerling, en analysant 151 cas de paralysie générale chez la femme, dit que le fond du tableau clinique est constitué par la démence apathique, qui arrive la première et occupe la première place pendant tout le cours de la maladie. Plus tard, viennent se greffer sur ce fond des

périodes d'excitation qui, généralement, ne durent pas longtemps. Ces périodes sont accompagnées, très souvent, ou d'idées mégalomaniaques, ou d'idées hypocondriaques, avec des accès de peur. Les accès d'excitation, qui durent longtemps et sont souvent d'une violence extrême, de même que l'état hypocondriaque pénible et prolongé, s'observent plutôt chez l'homme, surtout au début de la maladie. Chez la femme, ces diverses phases ne s'observent qu'à titre de phénomènes isolés et très passagers. D'après Siemerling, ce qui caractérise la grande majorité des cas de paralysie générale chez la femme, c'est la forme douce de démence, avec de légères modifications de l'état d'esprit, soit dans un sens, soit dans un autre (excitation ou dépression). Quant au délire de grandeur, Siemerling croit, comme la plupart des autres auteurs, que dans la majorité des cas, ce délire est organisé autour de la sphère sexuelle (nombre incalculable d'amants, de grossesses ayant pour auteurs des princes) et des toilettes. Ce délire dure rarement plusieurs jours ou plusieurs semaines, il disparaît généralement ou diminue d'intensité quelques heures après son apparition.

L'analyse de nos 34 malades (tableau G) nous amène aux conclusions suivantes : 1° chez nos malades, *l'affection évoluait le plus souvent sans bruit, sans incident*, avec des phénomènes d'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles et des phénomènes paralytiques se développant graduellement. Nous avons observé bon nombre de semblables cas auxquels, en vérité, convient la dénomination de *démence paralytique*, c'est 15 sur 34, c'est-à-dire 44 p. 100. Un peu plus rarement 13 fois, soit 38 p. 100, l'affection se présentait avec les caractères de la forme maniaque de la paralysie générale (paralysie générale proprement dite des aliénés), et alors le délire mégalomaniaque était toujours présent. Dans

plus de la majorité de ces cas, le délire de grandeur a été prolongé et très « riche ».

Par exemple, une paysanne de figure assez laide (N° 29 du tableau G), pendant tout son séjour à l'hôpital (quatre mois), répétait constamment : *L'empereur m'écrit des lettres et m'appelle auprès de lui...*, que *l'héritier du trône est son fils*, que *le tsar lui donnera un million*. Une autre malade, paysanne également (N° 19), pendant son séjour de deux ans à l'hôpital, manifestait des idées de grandeur et de puissance : elle avait *trois millions d'enfants, cinq amants*. Elle s'intitulait tantôt la *Tzarine*, tantôt *sainte Catherine*. Une paysanne (N° 31) se disait, avant d'entrer à l'hôpital, *sainte, riche*, elle *va se marier avec un comte*. Pendant son séjour de cinq mois et demi à l'hôpital, cette malade manifestait un délire où prédominaient surtout des idées de grandeur et un grand affaiblissement des facultés intellectuelles. Elle disait notamment ceci : *Je suis âgée d'un mois... Je suis née pour la deuxième fois d'une reine et du Saint-Esprit*. Elle est toujours gaie, heureuse, manifestant le désir de danser. Elle a quitté l'hôpital dans cet état. Une quatrième malade (N° 24), pendant deux mois de séjour à l'hôpital, manifestait continuellement un délire de grandeur très marqué, elle était *sainte*, elle était *la Vierge elle-même*. Elle avait *mis le ciel à l'envers*, elle avait *passé en revue tout l'univers*. Elle quitte l'hôpital avec le bulletin « même état ».

Une cinquième malade, paysanne aussi (N° 18), pendant neuf mois de séjour, se disait très riche... *Elle avait des robes de soie, des millions*. Elle avait *cinq cents enfants*. La sixième malade (N° 20), jusqu'à sa sortie de notre service, manifesta également, pendant deux mois et demi qu'elle y resta, un délire grandiose de richesses. Elle *possédait des millions*, elle *distribuait par milliers de francs l'argent qu'elle possédait*, elle se portait *bien comme une vache*. Malgré son âge peu avancé, elle avait cinquante ans, elle était *sur le point de se marier* et invitait tout le monde à son mariage. La septième malade (N° 11) manifesta, durant quatre mois, des idées de richesses, elle était *riche, possédait des robes de soie, d'or, des brillants...* Elle *n'avait que treize ans*. Quatre mois après, survint une rémission et elle put sortir de l'hôpital.

Quant aux autres six malades, il en est deux dont le délire, quoique grandiose, a été de courte durée; le délire des quatre autres a été très modeste quant aux prétentions qu'il exprimait

ainsi que par son intensité. Les deux premières sont : une paysanne (N° 2), qui se disait *sainte*. *La sainte Vierge elle-même l'appelle ainsi... Le bon Dieu descend jusqu'à elle*. Un mois après, le délire s'était calmé. L'autre, couturière (N° 22), se disait la *reine Espérance*, et cela pendant quatre ou cinq semaines. Après ce temps, elle a cessé de manifester du délire, quoique ce dernier ne parût pas avoir disparu complètement. Les quatre malades de la deuxième catégorie sont : une ouvrière (N° 27), qui disait *posséder tout*. *Elle avait été très belle. Tout le monde lui faisait la cour*. Ce délire est si modeste dans ses prétentions que si nous le notons comme délire de grandeur, ce n'est que parce que la malade est excessivement pauvre, et ne garde aucun signe d'une ancienne beauté. Une autre malade (N° 12) se vantait de son habileté et de son savoir-vivre. Elle était *excellente ouvrière, mère exemplaire*. *Son mari est ivrogne. Elle a eu treize enfants, elle les a tous élevés et casés, ils sont tous beaux et intelligents. Pour son fils aîné, elle veut demander une fiancée au Tsar*. La troisième malade de cette catégorie (N° 34) ne disait rien d'elle-même, mais disait que *sa sœur* était tellement riche qu'elle *pourrait faire faire en or toutes les tables et tous les lits de l'hôpital*. Enfin la dernière malade, ouvrière (N° 8), s'intitula durant un mois *Madame la Générale*.

En nous fondant sur nos observations personnelles, nous devons donc conclure que la forme dementielle est la variété de la paralysie générale qui s'observe le plus souvent chez la femme (44 p. 100). Un peu moins souvent (38 p. 100) s'observe la forme maniaque (paralysie générale classique), et alors le délire de grandeur est toujours présent. Dans plus de la moitié des cas (20 p. 100), *ce délire présente une très grande durée et une très forte extension*. Dans 18 p. 100 des cas de paralysie générale, le *délire de grandeur présente tantôt une durée moins grande, quoique assez grandiose, tantôt il est tout à fait modeste, et dans sa forme, et dans son intensité*. Les autres variétés de la paralysie générale (formes hypocondriaque et mélancolique) s'observent en tout dans la proportion de 18 p. 100.

Bien que le nombre de mes observations soit assez

restreint il nous donne cependant le droit de ne pas être tout à fait d'accord avec Siemerling sur la description clinique qu'il fait de cette maladie. Nous ne sommes pas de son avis surtout en ce qui concerne le délire de grandeur, que nous avons eu l'occasion d'observer chez nos malades, et qui présentait chez elles (20 p. 100) une durée et une intensité très grandes (1). Des observations ultérieures sont donc nécessaires pour résoudre définitivement cette question. En attendant, nous remarquons que la même maladie présentant le même caractère de délire de grandeur et le même degré d'affaiblissement des facultés intellectuelles, se manifestera différemment chez l'homme ou chez la femme qui deviendra *roi* ou *reine* de l'asile d'aliénés. Nous nous rappelons deux hommes paralytiques que nous avons vus dans ce même hôpital d'Alexandre où se trouvent aussi nos paralytiques générales. L'un, ancien militaire, maltraitait tous les domestiques de l'hôpital, tout en étant très bienveillant avec les médecins et le surveillant principal. Comme nous lui demandions : « Pourquoi frappez-vous les domestiques? » il a répondu qu'il « avait l'habitude de les traiter ainsi ». L'autre paralytique guerroyait contre les obstacles qui l'entouraient. Cela n'a rien d'étonnant lorsqu'on sait qu'étant encore étudiant, il a fait le sujet d'au moins vingt procès-verbaux chez les juges de paix de Moscou, pour violences contre les gardiens de la paix publique. Il n'y a pas de semblables types parmi les femmes, aussi les « reines » paralytiques générales sont-elles beaucoup plus sages et réservées que les « rois ».

Quant à la durée de la maladie, la plupart des

(1) Sur les quatre malades du D^r Tichomirow, une seulement présentait les signes de démence paralytique; les autres manifestaient un délire très intense de grandeur. Il est intéressant de noter que, parmi ces dernières, deux avaient eu la syphilis.

auteurs sont d'accord pour dire qu'elle est plus longue chez la femme que chez l'homme. Krafft-Ebing, comparant la durée de la paralysie générale chez l'un et l'autre, a trouvé ceci :

Durée de la maladie	Hommes.	Femmes.
De 3 à 4 ans.	1	9
De 4 à 5 ans.	2	2
De 5 à 6 ans.	»	2
De 6 à 7 ans.	»	2
De 7 à 8 ans.	»	3

On peut donc dire que les cas de cette maladie à durée prolongée sont six fois plus fréquents chez la femme; en outre, dans la proportion presque de 9 p. 100, on observe, chez elle, une durée considérable (de 5 à 8 ans) que Krafft-Ebing n'a jamais pu constater chez l'homme. D'après Régis, on peut dire d'une façon générale que la durée moyenne de la paralysie générale est deux fois plus grande chez la femme que chez l'homme. Si on accepte pour ce dernier la durée moyenne de deux ans, pour la femme, cette durée sera égale à quatre ans (1).

Les *symptômes pupillaires* s'observent, eux aussi, assez souvent chez la femme. Siemerling a constaté dans 63 p. 100 des cas, tantôt une absence complète, tantôt une diminution considérable de la réaction à la lumière; dans 26 p. 100 des cas, il a trouvé de l'inégalité pupillaire. Colovitch arrive, dans son livre, à cette conclusion que, chez l'homme, la pupille droite semble dilatée plus souvent, tandis que chez la femme, c'est la pupille gauche. Et plus loin, il prétend que la pupille droite se dilate plus souvent dans les formes dépressives. Seulement, ces conclusions sont fondées sur un si petit

(1) Colovitch, page 82.

nombre d'observations (21 cas de paralysie générale chez l'homme, et autant chez la femme), qu'on peut les expliquer par un simple hasard. En effet, les recherches des autres auteurs ne les confirment nullement. C'est ainsi que Greppin, observant 26 paralytiques générales, a constaté 12 fois la dilatation de la pupille droite et 9 fois celle de la pupille gauche. Chez *nos malades*, nous n'avons pas, non plus, trouvé la confirmation des résultats obtenus par Colovitch; car nous avons noté chez elles 7 fois la dilatation de la pupille droite et 2 fois celle de la pupille gauche. Deux fois, nous avons noté de l'inégalité pupillaire. Une fois nous avons constaté de la dilatation et 3 fois de la contraction des deux pupilles à la fois. L'affaiblissement de la réaction lumineuse a été observé deux fois. C'est donc juste dans la moitié des cas (50 p. 100) que nous avons pu constater tels ou tels symptômes du côté des pupilles.

A propos du *réflexe rotulien*, les recherches très circonstanciées de Siemerling démontrent que, dans 32 p. 100 des cas, il n'existe *aucune déviation de la normale*; dans 28 p. 100 des cas, le *réflexe est aboli* (le plus souvent des deux côtés, parfois d'un seul); dans 4 p. 100, il *est diminué*, et enfin, dans 36 p. 100, il *est augmenté*, et plus souvent, *nettement exagéré*.

Parmi les paralysies des nerfs moteurs de l'œil, le *ptosis* et le *strabisme* ont également été décrits dans la paralysie générale chez la femme. Greppin a observé ces phénomènes chez la femme dans 11.5 p. 100 des cas. (Oebeke, chez l'homme, dans 16 p. 100 des cas.) On ne peut évidemment formuler encore une conclusion bien précise d'après ces observations; mais il semble que les paralysies des nerfs oculo-moteurs s'observent plus rarement chez la femme que chez l'homme.

Quant aux *ictus apoplectiformes* et *épileptiformes*, Sander a indiqué qu'on les rencontre plus souvent chez

l'homme que chez la femme. Krafft-Ebing partage cette opinion; cependant, d'après ses propres évaluations, la différence est si minime, qu'il serait plus juste de s'abstenir de toute conclusion jusqu'à plus tard. Voici, en effet, ses chiffres : chez 36 hommes, il a observé les ictus 15 fois, et chez 36 femmes, 13 fois (36 p. 100). Greppin les a observées chez ses malades dans la proportion de 42 p. 100. De son côté, Siemerling, malgré le grand nombre de cas de paralysie générale qu'il a observés, déclare qu'à cet égard il ne peut arriver à aucune conclusion nouvelle.

Les *rémissions*, observées au cours de la paralysie générale chez l'homme, peuvent exister aussi chez la femme. D'après les observations de Greppin, Tichomirow et les nôtres, on peut les noter dans 9 p. 100 du nombre total des cas (1).

Ces rémissions durent parfois assez longtemps et se produisent dans certains cas à deux, quatre reprises différentes au cours de la maladie. Une des malades du Dr Tichomirow a présenté d'abord, ainsi que le prouvent les observations faites sur elle, une *première rémission*, qui a duré près d'un an. Ensuite la maladie a réapparu, pour céder la place, quelque temps après, à une *deuxième rémission*, qui, cette fois, a été de moindre durée. (Cette malade a en la syphilis d'une façon certaine, et la première rémission est survenue à la suite d'un traitement spécifique. Aussi est-il permis de se demander si, dans ce cas particulier, on ne se trouvait pas en présence d'une pseudo-paralytique générale, qui, plus tard, s'est transformée, ainsi que beaucoup d'auteurs prétendent que cela se passe généralement, en paralytique générale clas-

(1) Greppin les a observés chez 26 malades, *trois fois*. M. Tichomirow, sur 45 malades, a trouvé *une* rémission. Sur 84 de nos malades, nous avons pu les noter *deux fois*.

sique?) Une de nos malades (N° 15) a présenté, au cours de sa paralysie générale, quatre rémissions, de un à deux mois chacune.

Pour terminer tout ce qui concerne *le côté clinique* de la paralysie générale, il nous reste à rappeler que cette affection, aussi bien chez la femme que chez l'homme, peut se combiner à certains autres phénomènes propres à d'autres maladies, ou s'associer à d'autres affections de l'encéphale et de la moelle épinière. Nous voulons parler d'abord de *l'association de la paralysie générale chez la femme aux phénomènes catatoniques*. Laissant complètement de côté la question de l'existence de la catatonie comme une forme de psychose absolument séparée et indépendante (comme le soutiennent Kahlbaum, Neisser, Mickle), ou comme un simple symptôme observé au cours des maladies mentales (comme le veut Serbsky) (1), nous nous permettrons de rappeler que le D^r Knecht (2) a décrit, comme on sait, une forme spéciale de paralysie générale à laquelle il a donné le nom de « forme mixte », et qui consiste en ce que, au cours de la paralysie générale, on observe tels ou tels phénomènes catatoniques. Il a remarqué dans cette « forme » deux groupes. Dans le *premier*, la maladie commençait et évoluait pendant plusieurs mois, avec des phénomènes de stupeur mélancolique très accusée; puis, se montrait la paralysie générale à évolution rapide, avec terminaison fatale assez précipitée. Dans le *second groupe*, la maladie commençait par des symptômes de paralysie générale qui, plus tard, se remplaçaient par la catatonie, au cours de laquelle survenaient des accès paralytiques répétés.

(1) *Les différentes formes du trouble psychique décrites sous le nom de catatonie*. Thèse de Moscou, 1896.

(2) *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*. Band XLII.

Les quatre cas décrits par Knecht, pour démontrer une pareille combinaison, sont relatifs à l'homme. Mais il n'est pas douteux que la même association s'observe chez la femme. Ainsi Neisser, dans sa monographie bien connue (1), a rapporté un cas (XII^e observation) relatif à une femme âgée de trente-deux ans, atteinte de paralysie générale typique. Au cours de cette affection, on observait de temps à autre certains symptômes propres à la catatonie (stupeur, raideur dans les muscles du dos et de la nuque). Ce cas est décrit dans la monographie en question avec beaucoup de détails, et bien que l'auteur l'envisageait lui-même comme un cas de catatonie, il est néanmoins impossible, après avoir lu l'original, de ne pas être de l'avis de M. Serbsky, qui, dans sa thèse, déclare que la XII^e observation de Neisser est un cas typique de paralysie générale compliquée des quelques symptômes propres à la catatonie. D'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, le D^r Serbsky ne reconnaît à la catatonie aucune indépendance nosologique. Knecht a décrit 4 cas de cet ordre chez l'homme, et Neisser, un seul chez la femme.

En 1892, Charcot a présenté à une de ses leçons (2) une malade chez laquelle on trouvait associés les principaux symptômes de la sclérose en plaque et de la paralysie générale. Pour la première de ces affections, on constatait : trouble considérable de la démarche avec titubation, tremblement intentionnel des membres supérieurs avec même du tremblement au repos, nystagmus et parole scandée. Pour la paralysie générale, cette malade avait de l'inégalité pupillaire, l'abolition du réflexe lumineux avec conservation du réflexe accommodateur pour la pupille gauche, les attaques d'épilepsie senso-

(1) *Über die Catatonie*. Stuttgart, 1887.

(2) *La Semaine médicale*, 1892, n^o 5.

rielle accompagnées d'aphasie et de dysarthrie. La maladie a commencé il y a cinq ans ; pendant les trois premières années, elle avança progressivement, sans jamais s'arrêter, et pendant les deux années suivantes, elle est restée sans modifications.

Un cas intéressant d'*association de paralysie générale et de tabes*, a été décrit par Strümpell (1) en 1888. Il s'agit d'une petite fille de treize ans, dont le père était atteint de syphilis non douteuse deux ans avant sa naissance. Jusqu'à l'âge de treize ans, la malade fut bien portante au mental et au physique ; à l'école elle apprenait fort bien. A partir de cet âge, elle commença à présenter des ictus apoplectiformes dont un a été suivi d'hémiplégie droite avec aphasie. En examinant cette malade, Strümpell a trouvé en elle tous les signes principaux de la paralysie générale : affaiblissement extrême des facultés intellectuelles et de la mémoire, embarras de la parole, trouble de l'écriture, inégalité pupillaire, immobilité réflexe des pupilles, tremblement de la langue et des muscles de la face, secousses fibrillaires des mêmes muscles. En outre, la malade présentait les symptômes fondamentaux du tabes : abolition des réflexes rotuliens, ataxie et pâleur de la papille du nerf optique.

Nous avons déjà indiqué plus d'une fois, au cours de ce travail, que les symptômes tabétiques peuvent exister dans la paralysie générale chez la femme (quoique peut-être un peu plus rarement que chez l'homme) ; mais si nous citons ce cas intéressant de Strümpell, c'est non pas tant à cause de l'association de cette maladie avec le tabes, qu'à cause du jeune âge du sujet, et de l'étiologie de l'affection (syphilis congénitale). Ce cas peut être pris comme exemple de la paralysie générale que

(1) Strümpell. Progressive paralysie mit tabes bei einem 13 Jährigen Mädchen, *Neurol. centrabl.*, 1888 [5].

Coffin a dite *précocce*. A l'heure qu'il est, la littérature possède déjà un assez grand nombre de cas semblables, relatifs ou à des jeunes garçons ou à des jeunes filles. Pour ces dernières, on pourrait citer, à part le cas de Strümpell, celui décrit par le D^r Wigglesworth et relatif à une jeune fille de quinze ans.

11. Il reste une question, enfin, à laquelle il faut répondre : *Combien de temps après la contagion syphilitique se développe la paralysie générale?* Cette question a été élucidée pour la paralysie générale chez l'homme avec assez de détails. Nous trouvons sur ce sujet des indications fort intéressantes dans le travail de Oebeke. Sur 53 malades qui ont eu la syphilis d'une façon certaine, on constate le début de la paralysie générale :

De 1 à 5 ans après l'infection syphilitique.	3 cas.
— 5 à 10 — — —	14 —
— 10 à 15 — — —	17 —
— 15 à 20 — — —	8 —
— 20 à 25 — — —	1 —

Le plus grand nombre de cas de paralysie générale se produisent donc de 10 à 15 ans après l'infection syphilitique. Il y en a un peu moins de 5 à 10 ans après. *Par conséquent, l'intervalle de 5 à 15 ans après le début de l'infection doit être considéré comme disposant le plus à la paralysie générale.* On constate des cas de paralysie générale dans la proportion de 58 p. 100, durant cette période, ou pour chaque période de 5 ans prise séparément, dans la proportion de 29 p. 100. Pour les cinq ans qui suivent (de 15 à 20 ans après le début de l'infection), la proportion est presque deux fois moindre, exactement 15 p. 100. Cependant Oebeke a vu un malade dont la paralysie générale s'est développée 23 ans après le début de l'infection syphilitique. Thom-

sen (1), en se fondant sur l'analyse de 416 cas, considère la période entre 7 et 14 ans après le début de l'infection comme la période la plus favorable au développement de la paralysie générale. A cet égard, l'accord est par conséquent complet avec les recherches de M. Oebeke. Toutefois, il est certain qu'il existe des cas isolés où la maladie a éclaté 23 ans et même 29 ans, après les premiers symptômes de l'infection syphilitique. Ce second cas a été décrit par M. Ascher (2). Il est vrai que le nombre de cas semblables est excessivement restreint, ce qui a permis à beaucoup d'auteurs d'émettre l'hypothèse de la possibilité d'une infection secondaire. Quant aux femmes, nous n'avons pu trouver chez aucun des auteurs ayant écrit sur la paralysie générale, des renseignements précis et solides, sur l'intervalle qui sépare le commencement de l'infection et le début de la paralysie. Ce sont les observations ultérieures qui rempliront cette lacune.

Voilà, à proprement parler, tout ce qui constitue l'étiologie et la clinique de la paralysie générale chez la femme. Mais, avant de terminer, nous ne pouvons passer sous silence les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie. (La littérature médicale française abonde toujours en remarques originales et spirituelles. Et bien que plusieurs d'entre ces remarques restent à l'état d'hypothèses spirituelles [comme, par exemple, l'observation décrite plus haut et relative à la pupille droite], elles ont cependant une certaine importance, puisqu'elles contribuent tout au moins à jeter un peu de lumière sur la question.) Beaucoup de médecins, en France, et aussi en Allemagne, ont déjà dit que les causes qui provoquent chez l'homme la paralysie géné-

(1) *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, XXVI, 5.

(2) *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, XXVI, 1.

rale, déterminent chez la femme l'hystérie. D'où cet aphorisme : « L'homme est un cérébral, la femme est une nerveuse. » Partant de cette thèse, M. Régis arrive à cette autre, d'après laquelle il existe entre la paralysie générale et l'hystérie « une certaine incompatibilité, au point que les femmes hystériques ne deviendraient jamais, ou à peu près, paralytiques générales (1) ». Quant à la première hypothèse, il va sans dire qu'elle est inexacte : l'hystérie a ses causes à elle, la paralysie générale a des causes tout autres. Si cette hypothèse était vraie, la paralysie générale ne s'observerait guère chez la femme. Or les chiffres qu'on a vus plus haut prouvent que le contraire a lieu. Quant à l'opinion de M. Régis, que l'hystérie garantit jusqu'à un certain degré des atteintes de la paralysie générale, le nombre limité de nos observations ne nous permet pas de nous prononcer nettement jusqu'à présent. Cependant, rappelons le travail de M. Philippe Rey qui, au Congrès d'aliénation mentale d'Auvers, a fait une communication sur 7 cas de paralysie générale chez des hystériques. Il constate alors :

1° Que la paralysie générale s'observe également chez les hystériques, et que ce fait ne constitue pas une rareté ; 2° que la paralysie générale présente chez l'hystérique le même tableau clinique que chez la femme non atteinte de névrose ; le délire seul présente parfois, chez elle, une certaine couleur qui laisse deviner l'hystérie ancienne ou l'hystérie concomitante ; 3° dans la plupart des cas, les accidents hystériques diminuent d'intensité ou disparaissent aussitôt que l'hystérique contracte la paralysie générale.

(1) D'après l'analyse de M. Camuset dans les *Annales médico-psychol.*, 1883, p. 170.

III

Pour terminer, il nous faut dire quelques mots sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale et sur la pseudo-paralysie générale.

Il est certain que l'importance de la syphilis est très grande dans l'étiologie de la paralysie générale. Nous avons vu qu'on pouvait la considérer comme prouvée dans la proportion de 60 à 70 p. 100 ; et en tenant compte de ce fait qu'un certain nombre de cas restent ignorés, nous admettons volontiers la présence de la syphilis dans la proportion adoptée au Congrès de Copenhague, par le D^r Rohmell, c'est-à-dire 77 p. 100. De là à admettre l'hypothèse de plusieurs aliénistes russes très experts, que *très probablement il n'existe pas de paralysie générale sans syphilis*, il n'y a qu'un pas. Ce n'est là cependant encore qu'une hypothèse, fondée, il est vrai, sur des faits peut-être très probants, mais pas démontrée. Car, d'après les recherches les plus complètes (1), nous sommes obligés d'admettre qu'il existe des cas de paralysie générale où la présence de la syphilis n'a jamais été prouvée. Ces cas sont très peu nombreux, mais ils n'en existent pas moins. Il ressort aussi de notre travail, que, tout en reconnaissant la très grande importance étiologique de la syphilis, nous croyons que ce dernier facteur ne *constitue jamais la cause unique* de la paralysie générale ; il se trouve toujours

(1) Nous nous sommes arrêtés avec intention sur les recherches du D^r Rohmell, car, comme il le dit lui-même, les aliénistes de Copenhague se trouvent dans des conditions particulièrement heureuses pour les recherches de cet ordre : « Nous nous connaissons mieux qu'on ne le fait dans les grandes nations, nous pouvons mieux rechercher la vie passée d'un homme et connaître les circonstances importantes de son histoire. » (*Compte rendu.*)

associé à deux autres éléments étiologiques quelconques, parmi lesquels l'hérédité, les excès de toute sorte et la vaste série de « causes morales » jouent un rôle considérable (la triple formule étiologique de la paralysie générale).

Ceci démontre déjà le rôle que remplit la syphilis dans l'étiologie de cette affection. Et il ne paraît pas douteux que l'opinion des aliénistes, qui considèrent que ce rôle est immédiat et direct, puisque la syphilis provoque directement la méningo-encéphalite, base de la paralysie, il n'est pas douteux, disons-nous, que cette opinion est fautive. Si elle était juste, en effet, nous n'aurions probablement noté ni la triple formule étiologique, ni cette proportion entre les deux sexes citée plus haut, car cette proportion eût été, dans ce cas, sous la dépendance de la fréquence de la syphilis chez l'homme et chez la femme. Enfin, le caractère même des modifications anatomopathologiques plaide contre cette relation directe : la paralysie générale est une cirrhose de l'encéphale qui ne porte en elle aucun stigmate spécifique. Pour toutes ces raisons, on peut dire que le rôle de la syphilis dans l'étiologie de cette maladie, tout en étant très grand, est cependant indirect : la syphilis prépare seulement le terrain sur lequel pourra se développer la paralysie générale. Mais si les derniers facteurs sont absents, le sujet peut très bien, malgré son ancienne syphilis, éviter la terrible maladie.

En quoi consiste ce terrain sur lequel se développe ultérieurement la paralysie générale ; consiste-t-il en une modification de la structure des vaisseaux cérébraux, ou des conditions de la circulation lymphatique, ou de la structure des cellules elles-mêmes (neurasthénie syphilitique) (1) ? Autant de questions qui touchent à la

(1) P.-J. Kovalevski. *Archives de psychiatrie*.

théorie de l'affection proprement dite, et auxquelles nous n'avons pas à répondre ici. Nous dirons seulement que, pour mieux apprécier le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale et pour concevoir une théorie régulière sur la pathogénie de celle-ci, il faut porter notre attention sur l'état des organes internes, circonstance qui paraît avoir échappé à bien des auteurs qui ont écrit sur cette maladie. Et cependant, comme l'a démontré le professeur Tschige dans sa thèse, dans la grande majorité des cas, les organes internes : foie, rate, reins, présentent des modifications considérables. Sur quinze autopsies où les organes internes ont été examinés, dans un seul cas le foie était dans un état normal, et, dans ce même cas, la rate ne présentait rien d'anormal, mais, en revanche, les reins étaient petits. Dans les autres quatorze cas, le foie et les organes susmentionnés présentaient de profondes modifications. Le même fait résulte des autopsies pratiquées par le D^r Lioubimow (1), et relatées dans sa thèse. Sur neuf autopsies, deux seulement ont été négatives au point de vue des lésions des organes internes, les sept autres ont prouvé des lésions du foie, de la rate, des reins (près de 78 p. 100). Dernièrement, le D^r Klippel (2) a décrit avec force détails les altérations du foie dans la paralysie générale ; sur quatorze autopsies, neuf offraient des lésions du foie. D'après le D^r Klippel, ces lésions sont sous la dépendance de la paralysie des vaso-moteurs.

Deux mots maintenant sur la *pseudo-paralysie générale*. Nous avons dit plus haut que le nombre de cas qui mériteraient véritablement le nom de pseudo-paralysie a été singulièrement exagéré par les auteurs français.

(1) *Loc. cit.*

(2) Lésions du foie dans la paralysie générale. *Gazette hebdomadaire*, 1892, n° 2.

On ne doit certainement pas considérer chaque cas de maladie mentale chez un individu qui a eu la syphilis comme un cas de pseudo-paralysie générale. Cependant, quoique rarement, il existe des cas dans lesquels les lésions de nature syphilitique, en se localisant dans certaines régions du cerveau, peuvent provoquer le tableau clinique qui rappelle la paralysie générale. Mais il faut, et cela est la condition essentielle, que ce tableau soit basé sur des lésions ayant un caractère spécifique ; il est tout naturel alors que les cas de ce genre soient dits : « cas de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique ». Ces cas diffèrent considérablement de la paralysie générale ordinaire, au point de vue de leur évolution et de leur terminaison ; car, sous l'influence du traitement spécifique, ils peuvent ou 1° guérir complètement, ou 2° guérir en laissant un certain affaiblissement dans la vie intellectuelle du malade, ou, enfin, 3° après une guérison apparente de plusieurs années se transformer en une vraie paralysie générale qui, cette fois, ne cédera pas à un traitement spécifique. Il va sans dire que le diagnostic différentiel de pareils cas est toujours très difficile et parfois même impossible avant que la nature de la maladie se trouve éclaircie par l'évolution qu'elle suit et le traitement, car pour les signes donnés pour reconnaître cliniquement la paralysie générale, ils ne sont ni probants, ni très caractéristiques. Ainsi, Fournier enseignait que le délire de grandeur ne s'observe guère dans la pseudo-paralysie générale. Nous avons vu plus haut, d'après le travail de Oebeke, que ce signe ne peut avoir une importance bien grande, puisqu'il est absent dans bien des cas de paralysie générale. Le nombre des cas de paralysie générale sans délire de grandeur est presque le même chez les malades qui ont eu jadis la syphilis et chez ceux qui ne l'ont jamais eue. Puis on voit dans le même travail que les

formes purement démentielles s'observent assez souvent dans la paralysie générale classique (28 p. 100), sans pour cela tenir le moindre compte de la syphilis dans les antécédents du malade.

Donc, la présence ou l'absence du délire de grandeur, de même que la forme purement démentielle de la paralysie générale, ne peuvent aucunement plaider en faveur de la présence ou de l'absence de l'infection syphilitique ancienne. Tout dernièrement, le D^r Platonow (1) a décrit un cas de paralysie générale d'origine sûrement syphilitique, et qui était remarquable par son évolution très bruyante et un délire de grandeur des plus intenses; le malade a guéri sous l'influence du traitement spécifique.

Il faut dire la même chose à propos des paralysies des nerfs oculo-moteurs; elles peuvent s'observer également dans la paralysie générale ordinaire, et même là où la syphilis n'a jamais existé. Reste à attendre l'évolution et la terminaison de la maladie sous l'influence du traitement spécifique pour prononcer un diagnostic. Mais il n'est pas douteux que, dans certains cas exceptionnels, le diagnostic différentiel est possible, même tout au début de la maladie. Par exemple si, à côté de symptômes rappelant la paralysie générale, l'on trouve des troubles d'origine médullaire qui, à l'examen, ressembleraient aux troubles décrits par Erb dans la syphilis de la moelle épinière, il en serait assurément ainsi. On trouve ensuite des cas où, au cours de la maladie rappelant la paralysie générale, se montraient des périostites et des tumeurs gommeuses. On comprend que, dans ces cas, il y a tout lieu de soupçonner la pseudo-paralysie

(1) J.-J. Platonow. Contribution à la question de la paralysie générale des aliénés et de son traitement chez les syphilitiques. *Archives de psychiatrie* (en russe), 1892, n° 1.

générale. Mais alors, il faut toujours se rappeler *que tout paralytique qui présente des périostites ou des tumeurs gommeuses, n'est pas par cela même un pseudo-paralytique, il peut l'être, mais il peut aussi ne l'être pas.* Nous avons eu l'occasion d'observer des cas pareils, aussi bien en ce qui concerne la paralysie générale qu'en ce qui touche au tabes.

A propos du tabes, nous nous rappelons un cas que nous avons observé à la clinique du professeur Kojenikow, lorsque nous étions son aide. Le malade était entré à l'occasion d'une ataxie locomotrice typique, et présentait en même temps sur le fémur droit une vaste périostite, d'origine évidemment spécifique. Sous l'influence de frictions, cette périostite fondit pour ainsi dire sous nos yeux, tandis que le tabes gardait le *statu quo*. A cette époque, comme aujourd'hui d'ailleurs, nous ne pouvions envisager le tabes comme étant un pseudo-tabes. Voici quel fut notre raisonnement : la syphilis, pendant qu'elle attaquait le système osseux, a créé, dans ce cas, un terrain sur lequel le tabes se développait, mais ce dernier n'avait en lui-même rien de syphilitique ; c'était donc une ataxie locomotrice ordinaire, qui n'a subi aucune modification, d'ailleurs, sous l'influence du traitement spécifique. Le même fait est possible dans la paralysie générale ; on peut observer des périostites, des tumeurs gommeuses, et à côté d'eux la paralysie générale ordinaire. Des cas semblables ne sont pas non plus des cas de pseudo-paralysie générale. Ils ne diffèrent en rien de la paralysie typique, et le traitement spécifique est impuissant à les combattre. C'est ce mélange de phénomènes de deux catégories complètement différentes (pseudo-paralysie et paralysie vraie) avec telles ou telles manifestations de la syphilis, qui, entre bien d'autres, a été une cause de cette confusion qui apparaît dans l'histoire de la pseudo-paralysie générale.

Aussi, puisque nous n'avons encore aucune donnée précise pour faire le diagnostic différentiel de la paralysie générale, surtout au début de la maladie, il faudra attendre, pour vérifier le diagnostic de pseudo-paralysie générale, la terminaison de la maladie sous l'influence du traitement spécifique. Mais là encore, la terminaison de la maladie n'éclaircit pas toujours sa vraie nature : les lésions cérébrales peuvent porter les caractères spécifiques, et ne pas disparaître sous l'action du traitement antisiphilitique.

Il est aussi très probable que les cas désignés sous le nom de pseudo-paralysie générale présentent aussi certaines particularités au point de vue purement clinique, mais il serait prématuré de parler actuellement de cela ; avant tout, il est nécessaire de bien examiner les cas pouvant être considérés comme typiques de la pseudo-paralysie générale. Or, pour le moment, nous n'avons pas un tableau clinique exact de cette forme morbide, car, et nous l'avons déjà dit plus haut, on décrit dans la littérature médicale, sous le nom de pseudo-paralysie, bon nombre de cas qui n'ont rien de commun avec elle.

CONCLUSIONS

1. La paralysie générale s'observe chez la femme bien plus souvent que ne le croyaient les anciens auteurs ; d'après l'analyse de 104,000 aliénés pris dans les divers hôpitaux de huit Etats européens, on trouve en moyenne, pour 10 paralytiques hommes, 3 paralytiques femmes (en faisant ces évaluations d'après la méthode statistique précise). Mais si l'on prend simplement le nombre total des paralytiques du sexe masculin de ces huit Etats, pour les comparer à la totalité des paralytiques de l'autre sexe, on obtient la proportion de 1 à 3.8 ; *c'est-à-dire que, pour 1 femme malade, on observe un peu*

moins de 4 hommes, et non pas 7 à 8, comme le prétendaient des auteurs précédents.

2. Dans six Etats : Autriche, Allemagne, Danemark, Italie, Angleterre, la *proportion entre la paralysie générale chez l'homme et la même affection chez la femme est presque la même* (comme le montre l'examen de 47,000 malades de ces pays), et dans les Etats ci-dessus cités, *on observe, pour 10 hommes, 3 femmes atteintes de paralysie générale* (méthode statistique rigoureuse). En *Belgique et en France, la paralysie générale est un peu plus fréquente chez la femme* (pour 10 hommes, 4 femmes en moyenne).

3. Les causes de ce désaccord avec les auteurs précédents résident, d'après nous, en deux circonstances : d'une part, les auteurs tombaient dans l'erreur parce qu'ils ne basaient leurs conclusions que sur des observations personnelles d'ailleurs peu nombreuses ; d'autre part, il existe beaucoup de faits prouvant que la paralysie générale augmente, surtout pour les femmes, et devient de plus en plus fréquente pendant ces dernières années parmi la population des hôpitaux des huit Etats de l'Europe. (Voir le texte.)

4. L'étiologie de la paralysie générale ne présente, dans ses traits principaux, aucune différence bien sensible chez la femme et chez l'homme. Chez l'homme cependant, les excès de toute sorte (principalement les excès alcooliques) semblent s'observer plus souvent ; chez la femme, ce sont plus volontiers les chagrins, les soucis, la lutte pénible pour l'existence. Dans les deux sexes, un fait est caractéristique, c'est la nécessité, pour qu'il y ait paralysie générale, de trois éléments étiologiques simultanés (la triple formule étiologique), parmi lesquels la *sypphilis joue pour les deux sexes un rôle également prédominant et important*. En nous basant sur le tableau cité plus haut, on peut dire que, chez les

femmes, la syphilis a lieu dans la proportion de 68 p. 100 sur le nombre total de paralytiques générales.

5. Au point de vue de l'âge, il n'existe aucune différence entre les paralytiques des deux sexes. L'âge le plus favorable, *pour les deux sexes*, à la maladie, est de trente à quarante ans. Aussi, *la prétendue importance accordée par certains aliénistes à la ménopause doit être, faute de preuves, considérée comme peu probable.*

6. Il n'existe pas non plus de formes différentes dans l'évolution clinique de la maladie, dans l'un ou l'autre sexe, et il nous paraît tout à fait superflu, comme l'a proposé M. Régis, de considérer une forme spéciale de la paralysie générale, dite « forme féminine ». Quelques petites particularités, que nous avons exposées dans le texte, s'observent, il est vrai, chez les femmes.

7. Le rôle de la syphilis dans la paralysie générale est double. Dans certains cas, il est manifestement direct, immédiat, car la syphilis, produisant des altérations au niveau de certaines régions cérébrales, peut provoquer le tableau clinique qui ressemble à la paralysie générale. A ces cas-là, on doit donner le nom de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*. Mais le nombre des cas semblables est fort restreint, et c'est en ce sens surtout que l'on peut dire que la doctrine de la pseudo-paralysie générale a été singulièrement exagérée par les auteurs français qui ont fait entrer dans le nombre de cas, soi-disant caractéristiques de la paralysie générale, une foule de choses qui n'ont rien de commun avec elle (par exemple, l'amentia de Meynert, le délire aigu, la syphilis cérébrale). Certains de ces auteurs oublient évidemment que tout paralytique général présentant des périostites et des tumeurs gommeuses, n'est pas pour cela un pseudo-paralytique, *il peut l'être, mais il peut ne pas l'être* (nous l'avons déjà dit plus haut).

Quant au rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale vraie, il semble surtout être indirect. La syphilis ne fait que préparer le terrain sur lequel, à l'aide d'autres facteurs étiologiques qui sommeillent, puis agissent simultanément, se développe la paralysie générale classique.

8. Dans l'étude de la paralysie générale chez l'homme et chez la femme, il faut apporter la plus grande attention à l'état des organes internes, foie, rate, reins; car, dans 87 p. 100 des cas, le foie présente de graves altérations (Tschige, Lioubimow, Klippel). A l'heure qu'il est, nous ne pouvons pas dire avec certitude à quelle époque commencent les lésions de ces organes, avant ou au cours de l'affection psychique? Et cependant la solution de ce problème peut avoir la plus grande importance pour l'étude de la pathogénie de cette maladie.

9. Le diagnostic différentiel de la pseudo-paralysie générale est on ne peut plus difficile à établir le plus souvent. Les signes qui les distinguent, selon l'école française, ne sont pas toujours exacts. Dans le texte on en trouvera exposés quelques-uns, pouvant servir de base pour un diagnostic différentiel. Parmi eux, le plus fidèle, jusqu'à présent, est la terminaison de la maladie par la guérison, sous l'influence du traitement spécifique.

10. De là résulte cette dernière conclusion. Dans tous les cas de paralysie générale, on doit employer un traitement modéré antisyphilitique, notamment dans ceux où la syphilis a été notée dans les antécédents du malade et dans les cas où les accidents antérieurs de la syphilis ont été traités de façon négligée. Il est vrai que l'expérience journalière nous montre que les résultats positifs ne sont que très rarement obtenus. Cependant, étant donné que le diagnostic de la paralysie

générale peut être fait, en grande partie, à l'aide d'une médication spécifique, nous ne devons pas écarter systématiquement l'emploi d'un traitement antisypilitique à titre d'essai. Dans le cas où ce traitement n'amènerait pas d'amélioration, on doit le supprimer; mais là où son effet est manifeste, on doit immédiatement le rendre beaucoup plus énergique. Il va sans dire que, si plus tard le diagnostic de la pseudo-paralysie générale se trouve établi sur des bases plus solides, cette conclusion pourra être modifiée.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE

1. SANDER. Berlin. klin. Wochenschrift, 1870, XII, n° 7.
2. KRAFFT-EBING. Arch. f. Psychiat. und Nervenkrankheiten. Band VII, 1877.
3. KORNFELD. Ueber Paralyse der Irren beim weiblichen Geschlechts, 1877.
4. IUNG. Ueber Paralyse des Frauen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. XXXV. Band., p. 235 et 625.
5. STOLI. Ueber die im Jahre 1877 aufgenommenen an allgemeiner Paralyse leidenden weiblichen Irren. Charité Annalen, IV, Jahrgang.
6. KELLNER. Beobachtungen über Dementia paralytica bei Frauen, 1887.
7. SIEMERLING. Statistisches und Klinisches zur Lehre von der Progressiven Paralyse des Frauen. Charité Annalen, XIII Jahrgang.
8. GREPPIN. Ueber 26 Falle von prog. Paralyse bei Frauen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1890.
9. ADAM. Considérations sur quelques cas de paralysie générale chez la femme. Thèse, 1879.
10. RÉGIS. La paralysie générale chez la femme. France méd. 1882.
11. COLOVITCH. Étude clinique sur la paralysie générale chez la femme. Thèse, 1882.

12. PHILIPPE REY. Notes sur la paralysie générale chez la femme. *Annales méd.-psych.*, 1885, 2 p. 421.
13. NICOULAU. Les causes de la paralysie générale (statistique de l'asile Saint-Yon). *Ann. méd.-psych.*, 1893, n° 1.
14. JACOBSON. The Relationship. between Général Paralysis of the insane and syphilis. *The journal of mental science*, 1892.
15. JACOBSON. Dementia Paretica hos Kirnden en Klinisk Actiologish Studie. Copenhagen, 1891.
16. J. D. IDANOW. La paralysie générale chez la femme. *Archives de Psychiatrie* du prof. Kovalevsky (en russe) 1893.
17. ТИХОМИРОВ. La paralysie générale chez la femme. *Recueil des travaux dédiés au prof. Obolensky* (en russe). Kharcow, 1893.

(Voir les tableaux, pages suivantes.)

TABLEAU A. — Paralyse générale chez l'homme
(d'après Oebeke).

	I Non syphili- tiques.	II Syphili- tiques.	TOTAL
a). — Tableau clinique.			
Forme maniaque (paralyse générale classique) . . .	31	24	55 (59.8 p. 100).
Formes mélancolique, hypocondriaque, etc.	3	9	12 (13 p. 100).
Forme démentielle.	11	10	21 (22.8 p. 100).
Forme tabétique.	1	3	4
Formes morbides qui semblent désignées d'une façon inexacte	»	2	2
Forme morbide non désignée	1	5	6
Paralyse des nerfs moteurs	2	14	16
b). — Hérité.			
Présente	24	29	53
Absente	14	20	34
Ncurasthénie acquise.	8	4	12
Hérité inconnue	1	»	1
c). — Age.			
Avant 30 ans	2	1	3
De 30 à 40 ans.	24	31	55
De 40 à 50 ans.	14	19	33
Après 50 ans	7	2	9
d). — Profession.			
Marchands, fabricants, banquiers, etc.	28	30	58
Avocats.	6	4	10
Ingénieurs, chimistes, architectes, géomètres.	1	6	7
<p><i>N. B.</i> Les autres 25 paralytiques appartiennent à des professions les plus variées, mais, pour chacune en particulier, en nombre si limité que ces chiffres ne peuvent présenter aucun intérêt au point de vue auquel nous nous plaçons.</p>			

TABLEAU B. — Paralyse générale dans les différents hôpitaux russes.

(Nous n'avons pris que les malades nouvellement entrés.)

DÉSIGNATION DES HOPITAUX	HOMMES		FEMMES	
	Nombre total.	Nombre de paralytiques génér.	Nombre total.	Nombre de paralytiques génér.
Bouraschevo, pendant 1890, 1891 et 1892.	562	142	278	27
Smolensk, pendant 1887, 1891 et 1892.	573	59	354	7
Simpheropol, pendant 1885, 1890 et 1891.	522	67	298	8
Kolmovo, pendant 1891, 1892.	99	29	42	4
Tambow, pendant 1888, 1889, 1890 et 1891.	971	118	474	30
Pensa, pendant 1888, 1889, 1890 et 1891.	991	51	401	19
Vladimir.	94	10	46	5
Jaroslavl, pendant 1888.	139	26	79	7
Kherson, pendant 1890 et 1891.	356	70	204	4
Riazan, pendant 1886, 1887, 1889, 1890.	319	44	178	6
Saratow, pendant 1884, 1886 et 1891.	481	44	209	5
Hôpitaux civils de Saint-Petersbourg, pendant 1889 et 1890.	1.089	182	841	20
Hôpital d'Alexandre III, à Moscou.	»	»	688	34
Total. 11.306	6.196	842	4.092	176
Pour 100,	»	13,8 %	»	4,38 %

N. B. La proportion entre la paralyse générale chez l'homme (13,80 p. 100) et la même maladie chez la femme (4,38 p. 100), est, comme 1 à 3,15, d'après l'analyse de 11.306 cas.

TABLEAU C. — L'âge des paralytiques généraux des deux sexes d'après les différents auteurs.

	NOMS DES AUTEURS		Total.	Pour 100.	En tout, 498 hommes.	NOMS DES AUTEURS					Total.	Pour 100.	
	Obelke.	Colo- vitch.				Krafft- Ebing.	Greppin.	lung.	Kellner.	Siemer- ling.			Peeters.
a). Hommes.													
De 20 à 30 ans.	3	17	20	4,3		10	2	34	6	53			
— 30 à 40 —	55	137	192	41,0		23	19	176	13	234			
— 40 à 50 —	33	154	187	39,9		26	12	63	10	119			
— 50 à 60 —	9	51	60	12,8		9	8	41	5	72			
Plus tard	»	»	9	1,9		»	2	1	»	41		»	
			9	1,9		80	45	353	34	538			
b). Femmes (p. périodes de 5 ans).													
De 20 à 30 ans													
— 30 à 40 —													
— 40 à 45 —													
— 46 à 50 —													
— 51 à 55 —													
— 56 à 60 —													
Plus tard													
c). Femmes (p. périodes de 10 ans).													
De 20 à 30 ans.	10	1	12			6	9	85	9	99		9,9	
— 30 à 40; —	23	3	26			13	32	345	32	377		40,0	
— 40 à 50 —	35	17	52			15	20	314	20	329		36,6	
— 50 à 60 —	12	3	15			»	9	97	9	106		11,3	
Plus tard.	»	2	1			»	»	16	»	16		1,8	
	80	20	100			34	70	857	70	927			

TABLEAU D. — Classement des malades d'après l'état civil.

	NOMS DES AUTEURS				Total.	Pour 100.
	Siemerling.	Colovitch.		Nos malades.		
		Asiles anglais.	Asiles français.			
Femmes mariées.	201	890	23	19	1,133	70.0
Célibataire.	93	213	10	9	325	22.1
Veuves.	43	103	3	6	155	7.1
	337	1,206	36	34	1,613	

TABLEAU E. — L'hérédité d'après les auteurs allemands.

Krafft-Ebing, sur 80 cas, note l'hérédité	17 fois.
Greppin, — 26 — — — — —	16 —
Iung, — 43 — — — — —	20 —
Kellner, — 28 — — — — —	5 —
Siemerling, — 237 — — — — —	30 —
	88 —
	415

N. B. D'après les auteurs allemands, l'hérédité s'observe dans la paralysie générale de la femme dans la proportion de 21,2 p. 100.

TABLEAU F. — Formes cliniques d'après les auteurs allemands.

	Krafft-Ebing.	Iung.	Kellner.	Greppin.	Total.	Pour 100.
Forme maniaque.	17	87	9	11	124	55.1
Formes mélancolique, hypocondriaque, etc.	9	29	1	18	57	20.9
Forme démentielle.	10	19	16	7	52	22.1
Forme tabétique.	0	0	2	0	2	0.9*
Paralysie des nerfs oculomoteurs						

* Siemerling a observé, chez ses 239 malades, trois cas dans lesquels le tabes a précédé le début de la paralysie générale. La forme tabétique s'observe donc chez les femmes dans la proportion de 1 p. 100 (ce résultat n'étant fondé que sur l'examen de 464 malades).

TABLEAU G. — Statistique étiologique de la paralysie générale chez la femme à l'hôpital Alexandre III, à Moscou.

NUMÉRO	NOMS ET PROFESSIONS	ÂGE	HÉNÉ- DITÉ	SYPHILIS	AUTRES CAUSES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
1	A. S., commerçante.	45	»	Constable.	
2	J. F., paysanne.	24	Présente.	id.	Excès alcooliques.
3	A. K., paysanne.	57	Présente.	id.	id.
4	A. P. B., femme de photographe.	59	»	id.	id.
5	P. S., couturière.	29	Inconnue	id.	Inconnues.
6	Ou. J., cultivatrice.	41	Présente.	id.	id.
7	A. A. A., cultivatrice.	32	Présente.	id.	id.
8	M. F. K., ouvrière.	33	»	id.	id.
9	K. N. K., cultivatrice.	38	»	Doutance, à vis au moulin au contact mou-té.	
10	L. G., sage-femme.	40	»	Probable.	Lutte pénible pour l'existence. Chagrins.
11	V. P. M., ouvrière.	25	Présente.	A en une lésion irrégulière. Pas d'enfants ni fausses couches, mais à en une éruption sur le cou et le visage. Lésions liquéfactives. Sujet à des maux de gorge très fréquents.	Excès alcooliques. Nombreuses peines morales (abandonné par l'homme avec lequel elle vivait maritalement).
12	A. J. Sch., femme de bureau.	41	Présente.	Absente.	Nombreux soucis et peines (13 enfants, mari ivrogne, misère). Excès alcooliques.
13	A. B. H., cultivatrice.	42	»	Absente. Hén. A. en une lésion irrégulière.	Id.
14	E. D. E., ouvrière.	42	Inconnue.	A en son irrégulière avant de se marier. Pas de grossesses.	Pas d'excès alcooliques.
15	E. G., commerçante.	80	Présente.	Absente, d'après le mari. Elle a en des rapports sexuels avant le mariage.	Jalouse.
16	A. P. S., cultivatrice.	33	Présente.	Probablement absente. A. en excès alcooliques.	A en 14 enfants.
17	K. J. K., de la ville.	65	»	Probablement absente. A. en excès alcooliques.	Id.
18	M. E., ouvrière.	46	»	Amenée de la Préfecture de police au bureau sanitaire sans aucun renseignement.	
19	M. P., ouvrière.	36	»	Amenée de bureau sanitaire sans aucun renseignement.	
20	V. V. Z., femme d'un notable de la ville.	39	Présente.	Amenée de l'hôpital de Petrov sans renseignement (grands chagrins causés par le mari).	
21	E. M. Z., comtesse.	42	Présente.	Inconnue.	Excès alcooliques.
22	M. V. Z., ouvrière.	44	»	Le mari a eu un malade depuis son mariage.	
23	V. V. Z., femme d'un notable de la ville.	29	Présente.	Pas de renseignements précis.	
24	T. N. V., ouvrière.	40	Présente.	Inconnue.	Chagrins (mort d'un ami).
25	M. V., cultivatrice.	50	»	Amenée d'une maison d'éducation où elle était bonne. Pas de renseignements.	
26	A. M., paysanne.	36	»	Amenée au Depot de la Préfecture de police sans renseignement.	
27	A. S., domestique.	37	Présente.	Amenée de renseignements précis.	Grands chagrins d'amour.
28	M. N. A., ouvrière.	35	Présente.	Pas de renseignements précis.	Peines morales (mort du mari, soucis).
29	D. J. I., couturière.	32	»	Pas de grossesses.	Grands chagrins (mari ivrogne, depuis trois ans disparu).
30	M. K. S., femme de soldat.	47	»	Absente, d'après le mari. A quatre enfants.	A Pas d'excès alcooliques.

D'après le tableau ci-dessus, les malades puventretrés classées de la façon suivante :

Formes médiques de la paralysie générale.	13 fois.	38 p. 100
Formes anatomiques, hypochondriques de la paralysie générale.	6 fois.	17,6 p. 100
Formes dimidiées de la paralysie générale.	14	44 p. 100
Formes totales de la paralysie générale.	—	—
Paralysies des nerfs moteurs de l'œil.	—	—

En nous fondant sur ce tableau, on peut donc dire que sur 31 malades la question de la syphilis est restée non établie chez 16 paralysés généraux. Chez les autres 15, elle a été constatée stroment chez 7, avec grands probabilités chez 8, chez 5, chez 1, et complètement nite pas les parents de malades. Par conséquent, à l'hôpital d'Alexandre III, la syphilis a été observée chez 100 malades dans ce tableau 13 fois, 9 fois elle était absente, et dans 12 cas elle est restée inconnue. Par conséquent, l'herédité a été observée chez les malades de l'hôpital Alexandre III dans la proportion de 69 p. 100; elle a été, au contraire, absente dans la proportion de 41 p. 100.

Les causes morales (chagrins, soucis, lutte pour l'existence, etc...) sont notées chez nos malades dans la proportion de 88 p. 100. Enfin, l'alcoolisme est noté dans la proportion de 15 p. 100.

Archives cliniques.

39

ASILE DE VILLE-ÉVRARD.— M. MARANDON DE MONTYEL

Impulsions homicides consécutives à la lecture d'un roman passionnel chez un dégénéré.

SOMMAIRE. — Antécédents héréditaires chargés. — Onanisme. — Chute à l'âge de treize ans. — A quatorze ans, submerision dans la Seine. — Plusieurs condamnations. — Stigmates physiques de dégénérescence. — Stigmates psychiques. — Lecture de la *Bête humaine* de Zola. — Impulsions homicides.

Jules B..., bijoutier, est actuellement âgé de quarante-trois ans. Ses *antécédents héréditaires* sont assez chargés. Le *père*, syphilitique, est mort asthmatique à cinquante-trois ans. Il était entièrement dépourvu de sens moral, au point d'envoyer son fils, âgé alors de dix ans, porter à des clients des photographies obscènes. *Mère*, syphilitique, morte à vingt-huit ans, laissant deux enfants, le malade et une fille nerveuse, enlevée par le choléra en 1866. D'un second lit le père a eu une autre fille encore existante, très nerveuse et sujette à des crises convulsives.

B... s'est marié en 1880 avec une *femme* nerveuse qui lui a donné *deux filles*, actuellement âgées de quatorze et quinze ans, également nerveuses. Au cours de sa première grossesse, elle a eu des accès de dipsomanie pendant lesquels elle buvait de l'absinthe *à pleins verres*, sans éprouver d'ivresse consécutive, mais en présentant à la suite de nombreux vertiges et parfois des pertes de connaissance.

Les *antécédents personnels* sont intéressants ; B... n'a

su marcher seul qu'à l'âge de trois ans et, jusque vers la cinquième année, il urinait au lit; cependant il a su parler beaucoup plus tôt. Ce malade présente donc un retard marqué dans le développement des fonctions physiques, tout en gardant une régularité normale dans l'évolution première des fonctions psychiques. Instruction primaire et éducation religieuse dont le malade se montre très vaniteux, exprimant en un style ampoulé et une phraséologie prétentieuse ses sentiments les plus intimes.

« Dès l'âge de quatre ans, B... se livrait, dit-il, d'une façon instinctive à l'onanisme, se masturbant avec ses couvertures, en serrant les jambes. » A quatorze ans, pratiques onanistes de plus en plus fréquentes avec sensations voluptueuses intenses. Durant l'acte il invoque la vue de fillettes de son âge; parfois il s'excite dans la contemplation de photographies obscènes que son père vendait et le chargeait de vendre.

Premier rapport sexuel à dix-sept ans; à partir de cette époque, B... abandonne les habitudes solitaires pour user des femmes, mais sans aucun excès, et d'une façon normale.

Conduite régulière; à cette époque, il subvenait même aux besoins de sa grand'mère et de sa sœur (son père purgeant alors une condamnation à un an de prison).

Réformé au service militaire en raison de l'exiguïté de sa taille.

Condamné à neuf mois de déportation sur les pontons de Brest, à la suite de la Commune de Paris (pris les armes à la main, faisant partie de la garde nationale au fort d'Ivry). Condamnation civile à trois mois de prison, plus tard, pour vol à l'étalage.

A seize ans, il a un accès de mélancolie sur lequel nous reviendrons, accès consécutif à un violent chagrin d'amour.

A treize ans, chute d'un quatrième étage, dans la cage d'un escalier, sans blessures graves.

A quatorze ans, submersion accidentelle dans la Seine sans asphyxie consécutive.

Pas d'excès vénériens, ni de syphilis; blennorrhagie à vingt ans.

Légers excès de tabac; quelques excès de boisson.

Marié à trente ans, en avait quarante quand éclatèrent les accidents qui ont motivé l'internement.

Stigmata physiques. — B... est légèrement microcéphale, son front est fuyant; l'occipital est aplati; la face est longue, les oreilles épaisses, petites, décollées de la tête et présentant un lobule inférieur assez grand. Implantation irrégulière des dents qui sont cariées; apparition d'une des dents de sagesse à onze ans. Thorax en cloche mal développé. Membres maladroits et mal constitués.

Force dynamométrique: main droite, 40; main gauche, 41.

Exagération de la sensibilité générale; réflexes rotulien, crémasterien, pharyngien exagérés. Odorat et gustation conservés.

Vision diminuée: OD V = 1/8 — 2 D = 1/2

OG V = 1/4 — 2 D = 1.

Myopie simple, sans lésion du fond de l'œil.

Stigmata psychiques. — Caractère calme, peu émotif. Le malade a été plusieurs fois l'objet d'*obsessions tenaces*. Ainsi il lui est arrivé de ne pouvoir s'empêcher de compter, en plusieurs circonstances. Une nuit entière il n'a pu dormir et a dû compter sans cesse (c'était au début de sa première affection mentale). Pas de recherche angoissante du mot; pas de perversion morale; sentiments affectifs peu développés; hypocondrie morale avec idées de suicide à l'âge de vingt-deux ans (sans jamais tentative même partielle); une seule *impulsion*

criminelle, celle qui a déterminé son internement ; idées religieuses et mystiques ; superstition, ne veut rien faire le vendredi. Le malade avait peur non pas de tous les objets pointus mais de certains seulement, depuis sa première maladie mentale à dix-sept ans ; vertige des hauteurs même faibles, et même à la pensée, seule des hauteurs. Pas d'inversion du sens génital.

À seize ans, B... fait la connaissance d'une jeune fille avec laquelle il travaille dans une maison de modes où il était ouvrier ; il lui fait une cour assidue pendant plusieurs mois, sans jamais lui faire l'aveu du sentiment qu'il éprouve pour elle.

Le désir de raconter l'état de son esprit à cette époque était tel qu'il l'a porté à nous adresser, en juillet 1890, un mémoire sur sa vie, d'un style exagéré et ampoulé qui peint suffisamment l'état intellectuel de notre malade et montre jusqu'où il portait des prétentions littéraires peu justifiées.

« J'eus donc pour cette personne un sentiment qui m'a toujours étonné et que j'ai bien peu observé aussi complet chez d'autres personnes. Cette passion purement platonique a été la plus grande joie de ma vie ; la personne qui en était l'objet était bien pour moi la plus parfaite des créatures ; fille de parents alsaciens, elle avait la grâce des femmes de Paris et la froideur de sa race. Elle était vraiment vierge de fait et d'idée ; peu développée sous le rapport de l'instruction, elle était douée d'un sens naturel exquis. »

Séparé brusquement de cette jeune fille par la faillite de la maison où ils étaient tous deux employés, il continue, pour la voir, à faire tous les soirs de huit à dix heures de longues courses, dont il est uniquement récompensé par sa vue et le plaisir d'échanger avec elle quelques paroles.

«... Avant que mes yeux, dit-il, ne l'aient reconnue,

de très loin sa présence m'était affirmée par une violente commotion magnétique qui, me frappant au cœur, mettait tout mon être en ébullition sous l'empire de la peur et de la joie. Cet état ne cessait que pour faire place à une douce quiétude quand je lui avais adressé la parole. »

Obligé de cesser ces visites dont il ne trouvait plus d'explications plausibles à donner à ses parents, il tombe dans une prostration mélancolique qui dure six mois et que tous ses efforts tendent à cacher à sa famille ; au début il eut avec son père de « grandes discussions générales et philosophiques sur toutes choses. Nouveau Christ, dit-il, je voulais extirper le mal de la terre, ignorant que l'humanité entière combat ce principe et que cela s'appelle vivre. Je ne comprenais pas que le mal était en moi.

« En peu de temps, mon cerveau fut envahi par les idées les plus désordonnées. J'étais d'abord Dieu ; je fondais une religion nouvelle ; tout tourbillonnait dans ma tête et les idées les plus impossibles, les terreurs les plus épouvantables se succédaient dans mon cerveau. Je restai plus d'un mois sans dormir, retenu par des peurs qui m'échappent aujourd'hui et dont je ne me souviens plus. Je ne pouvais supporter que de très faibles aliments, tels que du lait ; mais la viande, le bouillon même, le café augmentaient l'état où je me trouvais. »

A ce moment, les journaux ayant raconté les péripéties d'un drame qui devint célèbre : « J'en fus frappé, dit-il, et j'eus peur de la suggestion de la criminalité. »

Cet état mental disparut peu à peu au bout d'un an ; il resta seulement au malade quelques idées vagues, latentes, relatives à la terreur des pointes qui, pour la première fois, s'était manifestée au cours de la période hypémaniaque qu'il venait de traverser. La lecture des crimes et des drames racontés dans les journaux, suscitait également chez lui une angoisse dont il nous fait

part dans le même mémoire. Ces divers phénomènes allèrent en s'affaiblissant et ils avaient presque disparu à vingt-huit ans, à l'époque de son mariage.

Après onze ans, il n'avait presque plus rien quand, à l'occasion de circonstances que nous allons exposer, éclatent les accidents qui ont motivé l'internement.

Son métier de bijoutier lui permettant de travailler chez lui, il avait dans son ménage des instruments de travail, rangés méthodiquement, ceux-ci pointus, ceux-là tranchants. Les uns et les autres, de même que les couteaux faisant partie de son mobilier, ne suscitaient chez lui aucune idée de terreur, alors que des instruments quelconques dont la vue ne lui était pas familière étaient toujours pour lui, sinon l'objet d'une crainte déterminée, au moins capables de produire par leur présence une gêne passagère.

Ayant sur ces entrefaites rencontré un ancien camarade, ouvrier bijoutier comme lui, dans la misère, il lui offre chez lui le vivre et le couvert ; celui-ci, venant habiter avec lui, apporta ses instruments de travail qui, tout en étant analogues aux siens, n'étaient pas *les mêmes*. A la vue de ces outils *non familiers* qui traînaient sur les tables, B.... ressent un malaise indéfinissable ; mais la fascination produite par eux n'engendre que la crainte prodnite d'ordinaire chez lui par la vue d'objets tranchants inconnus. Cet état dure quelques jours sans incident ; mais l'angoisse, déterminée par la vue des nouveaux outils, se continue et s'exagère, ne laissant pas l'accontumance se faire. A ce moment, poussé par ses prétentions littéraires, grâce auxquelles il eut dans sa jeunesse l'occasion de lire « tous les auteurs du XVIII^e siècle et beaucoup d'autres livres curieux », il entreprend la lecture de la *Bête Humaine*, le livre d'Émile Zola qui venait de paraître à cette époque. Dans ce roman que tout le monde a encore présent à la mé-

moire, l'auteur décrit l'état d'un héréditaire dégénéré qui, depuis longtemps sujet à des crises convulsives, éprouve, en voyant une femme jeune et jolie, le désir de la posséder et en même temps de la tuer. Jacques Lantier, une première fois, a la force de résister à l'impulsion et s'éloigne de Flore avant de la frapper.

Plus tard, il est tout heureux d'avoir pu posséder de longs mois M^{me} Roubaud sans avoir eu envie de la tuer, et se croit guéri de son mal ; mais, plus tard et dans d'autres circonstances, en trouvant sur une table un couteau, l'impulsion revient et la vue de sa maîtresse, nue sur un lit, réveillant ses idées homicides, il la tue.

Emporté par l'intérêt croissant de l'œuvre, B... lit avec passion ces lignes où l'immortel auteur des Rongon-Macquart décrit si bien les sentiments impulsifs de Jacques Lantier, et continue pendant plusieurs jours cette lecture qu'il ne peut faire que le soir, son travail fini ; chaque épisode du roman lui remémore son état et lui fait faire des comparaisons entre l'impulsif de Zola et lui ; ainsi ses idées anciennes de terreur à la vue des pointes, sans reparaître complètement, reviennent peu à peu et lui rappellent les rapports qui existent entre son état et celui du mécanicien ; par degrés s'implante en lui l'idée que lui aussi pourrait avoir une impulsion analogue. Un soir, parvenu presque à la fin du roman qu'il a mis trois semaines à lire, il ferme le livre et s'endort à côté de sa femme et de ses enfants, encore tout imprégné de sa lecture. L'obsession se déclare-t-elle dans le sommeil sous forme hallucinatoire ? c'est ce que B... ne peut préciser, ayant perdu le souvenir de ses rêves nocturnes. Toujours est-il que, le lendemain à son réveil, l'impulsion homicide se saisit brusquement de lui et la vue de sa femme et de ses enfants concomitante de celle des outils-pointus de son ami, exagérant encore l'impression constatée au réveil, il sent qu'il lui faut tuer sa femme

et ses enfants pour obéir à une force intérieure qui le lui ordonne et qu'il ne peut maîtriser. Il lutte toute la journée, ne voulant pas mettre son ami dans son secret et craignant d'avertir sa femme par peur « qu'elle ne le fuie comme une bête dangereuse ». Enfin, le soir, redonnant, dit-il, de faire un malheur, il prévient sa femme et son ami, qui le veillent la nuit pour l'empêcher de céder à ses idées homicides. Son sommeil est calme et il ne se rappelle pas avoir eu de cauchemars ; le lendemain, il se réveille avec les mêmes idées impulsives qui le tenaillent et que la vue de ses enfants exagère. Craignant alors que ses forces ne le trahissent et qu'il ne succombe à son impulsion, il se rend chez le commissaire de police, le priant de l'arrêter et de le faire conduire à Sainte-Anne.

Il entre alors dans les Asiles et donne successivement lieu aux certificats suivants :

Certificat (à fin d'admission). Préfecture de Police.
— « Débilité mentale et mélancolie ; impulsions homicides, dont il a conscience et contre lesquelles il lutte ; découragement, ne peut voir d'objets pointus sans être prêt à s'en servir pour tuer. Se sent poussé à tuer ses enfants. Idées de suicide, demande lui-même à entrer à Sainte-Anne, pour être soigné. 8 mars 1890. D^r LEGRAS.

Certificat immédiat (Sainte-Anne). — « Dégénérescence mentale avec obsessions et impulsions au suicide et à l'homicide ; impulsions plus actives à la suite d'abus de boissons. 9 mars 1890. » D^r MAGNAN.

Certificat immédiat (Ville-Evrard). — « Dégénérescence mentale avec impulsions dangereuses à maintenir. 28 juin 1890. » D^r MARANDON DE MONTYEL.

A l'asile, depuis cette époque, le malade paraît conserver à l'état latent ses idées impulsives. Le 8 juillet 1891, il s'évade de l'asile et retourne chez sa femme, qu'il trouve couchée avec un amant ; celle-ci s'effraye et ne veut d'abord pas le garder ; puis elle consent à le garder

une nuit, mais le renvoie le lendemain ; il se rend alors à l'infirmerie du Dépôt pour faire constater sa situation, y est retenu et revient à Ville-Evrard.

Son état reste le même depuis cette époque ; le 17 juillet 1892, une note médicale constate qu'il va mieux, il s'occupe à l'asile (cordonnerie) ; mais cet état tient à l'isolement et au régime suivi. « Il y a lieu de craindre, dit M. Marandon, un retour des idées impulsives si le malade sortait. »

Le 3 décembre, le malade est calme, mais est toujours sombre ; il réclame toujours sa sortie.

Au mois de janvier 1894, où nous l'avons examiné de nouveau, le malade déclare d'abord n'avoir plus aucune idée impulsive ; il prétend que les pointes ne lui procurent plus aucune terreur, puisqu'il travaille, dit-il, à la cordonnerie, avec des tranchets. Cependant, quand on lui fait observer qu'autrefois, de son aveu même, la terreur des pointes n'était pas produite par la vue des *pointes connues*, il avoue que la vue d'objets pointus auxquels il n'est pas habitué lui produit encore un état indéfinissable d'angoisse, analogue à celui qu'il éprouvait dans les années qui ont précédé l'obsession et l'impulsion.

Nous avons pensé que cette observation pouvait intéresser le public médical, en montrant de quelle façon peut s'expliquer l'influence délétère faussement attribuée à certains romans. On considère souvent les romans comme favorisant l'écllosion de la folie ; le cas de B... montre que ce fait peut être exact chez un individu prédisposé déjà héréditairement et personnellement à ressentir plus facilement l'influence des idées de l'auteur, mais la rareté même des observations de dérangement intellectuel consécutif à la lecture de romans, indique que l'impression est tout autre sur un individu cérébralement sain.

L. DAGUILLON,

Ancien interne de l'asile de Ville-Evrard.

Revue critique.

DES CONDITIONS

DE LA

CONTAGION MENTALE MORBIDE

Par le **D^r MARANDON DE MONTYEL**

Médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine.

Suite et fin (I).

II

Les conditions favorables au développement de la contagion mentale, à tort érigées pour quelques-unes en conditions essentielles, et qui ne sont en réalité toutes que secondaires, sont en assez grand nombre. Elles se rangent naturellement pour nous en deux groupes, selon qu'elles ont pour effet d'accentuer la prédisposition ou d'accroître l'intensité de l'impression. Nous commencerons par ces dernières, les plus nombreuses.

L'âge, a-t-on dit, n'est pas sans influence sur la transmission mentale morbide; les enfants et les vieillards seraient fortement représentés parmi les contaminés; ce qui tiendrait à la débilité mentale des périodes extrêmes de la vie et à l'état de dépendance passive qui en résulte. Que nous apprennent à cet égard nos observations? Nous avons eu l'âge exact de cinquante-trois

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1894.

malades atteints, et les résultats relevés sont les suivants :

De 10 à 15 ans	3, soit	6 p. 100
De 20 à 25 —	14, —	26 —
De 25 à 30 —	7, —	13 —
De 30 à 40 —	7, —	13 —
De 40 à 50 —	7, —	13 —
De 50 à 60 —	3, —	6 —
De 60 à 70 —	9, —	17 —
Plus de 70 ans	3, —	6 —

Ces chiffres ne confirment pas du tout l'opinion admise, relativement au grand nombre d'enfants que la contagion mentale atteindrait; d'après eux, elle ferait surtout sentir son influence entre 20 et 30 ans, puisque 39 p. 100 des sujets avaient cet âge. Ils la confirmeraient cependant pour la vieillesse, car 23 p. 100 des malades avaient plus de 60 ans, et tous ceux compris entre 30 et 60 ans ne donnent ensemble que la proportion de 29 p. 100, seulement de 3 p. 100 supérieur.

Les trois seuls enfants que nous avons rencontrés ont présenté tous les trois ce caractère commun, de n'avoir contracté exclusivement que les troubles émotifs à l'exclusion de tout désordre sensoriel. Ainsi, dans la très curieuse observation de M. Legrain, le contaminé, âgé de treize ans, fils de l'aliénée active qui se croyait possédée et avait un dédoublement de la personnalité, se voyait également en possession du démon et se livrait à des contorsions grotesques rappelant celles de sa mère dont il répétait aussi les paroles, et, comme elle, il se roulait par terre pour s'arrêter tout à coup; tous les sens chez lui furent épargnés. De même, dans le cas qu'a rapporté M. Brunet, d'après le *Droit*, il n'y eut pas non plus d'hallucinations communiquées. Une ouvrière, à la suite d'un violent chagrin, fut saisie d'une grande exaltation; elle s'imaginait qu'elle était poursuivie par des ennemis puissants qui employaient contre elle les armes les plus terribles et même le canon, dont elle croyait entendre les décharges retentir à ses oreilles. Avec elle, se trouvait sa fille âgée de treize ans, qui, dans les commencements, s'efforçait de calmer sa mère et de la ramener à la raison; mais, peu à peu, elle s'exalta comme celle-ci et elles finirent toutes deux par se trou-

ver au même degré de folie. Elles jetaient des cris terribles, et, afin d'échapper à leurs *invisibles* eunemis; elles quittaient la nuit leur demeure pour aller coucher au milieu des champs. Enfin, si la jeune contaminée de Legrand du Saulle, âgée également de treize ans comme les deux précédentes, eut incontestablement des illusions elle ne paraît pas avoir été atteinte de véritables hallucinations. Rendue délirante par sa mère, systématique à la seconde période, elle racontait ainsi ses impressions : « Il y avait un homme qui faisait *ou, ou*, sous la porte, *comme le vent*. J'avais peur, je n'osais pas me coucher, j'étais malade. Quand maman était partie, on veuait sous la porte. On faisait peur à maman, la nuit. C'était un homme *qui retirait ses sabots, alors on ne l'entendait pas monter*; je croyais qu'il y avait du monde sous le lit. On entendait comme si on soulevait la porte et les meubles. J'avais peur partout. Nous avons entendu des coups dans la nuit; on a arraché avec une monseigneur un morceau de la porte. *Je n'ai jamais rien vu, mais on entendait qu'on marchait, qu'on frolait des papiers sur le carré.* » Tels sont, en résumé, les trois seuls cas de contagion mentale morbide que j'ai trouvés chez l'enfant; je crois qu'on a à tort donné le jeune âge comme une condition exceptionnellement favorable à la transmission de la folie, surtout en ce qui concerne les hallucinations. A cette période de la vie, les faits frappent davantage; mais, en réalité, s'ils sont plus émouvants parce que les victimes sont des enfants, ils sont moins fréquents que plus tard.

Ce sont surtout les délires généraux et, parmi les délires généraux, les lypémanies à réaction anxieuse qui semblent les plus propres à se propager dans le jeune âge, sans doute à cause de la vive impression effrayante qu'ils déterminent. Chacun sait combien les enfants sont naturellement craintifs et avec quelle facilité la peur les gagne. Les délires partiels chez eux seraient plutôt imposés que communiqués, quand ils sont en état d'avoir un certain jugement; je pense que là encore est une des causes de l'erreur si répandue que mes chiffres condamnent. L'enfant est très crédule, il acceptera donc facilement les idées d'un père ou d'une mère; mais, de là

à avoir contracté leur folie, il y a loin, ainsi que je l'ai montré dans un autre mémoire. Il arrivera même qu'il s'associera à un acte délirant criminel par crédulité et obéissance, sans être pour cela aliéné. J'ai rapporté, en 1881, l'histoire d'un jeune homme de quinze ans que sa mère convainquit de rapports incestueux entre son père et sa sœur, laquelle, bien que plus jeune de trois ans, resta absolument réfractaire au délire; et, avec l'aide de son fils, elle commit une tentative d'assassinat sur son mari qui ne dut la vie qu'à un hasard. Il convient donc, pour rester dans la vérité des faits, de bien distinguer les divers cas. Quant à une folie simultanée entre enfants ou entre enfant et grande personne, je n'en connais pas un seul exemple.

Un détail qui ne paraît pas avoir été examiné est celui du rapport d'âge qui existerait entre le sujet actif et le sujet passif. Il m'a paru intéressant de consulter à cet égard mes observations, et je suis arrivé aux constatations suivantes. J'ai réussi à savoir pour cinquante-sept cas si les sujets actifs étaient plus jeunes ou plus vieux que les sujets passifs, et il s'est trouvé que trente-deux fois ils étaient plus jeunes et seulement vingt-cinq fois plus vieux; ainsi la transmission de la folie serait plus fréquente et ce, dans la proportion de 22 p. 100, du moins âgé au plus âgé. Ce résultat est assez inattendu, étant donné qu'on attribue un grand rôle à l'ascendant exercé par l'aliéné sur le sain d'esprit; il nous servira dans un instant, quand nous en serons à cette condition secondaire si souvent invoquée. J'ai recherché ensuite, pour compléter ce premier renseignement, quelle était exactement la différence d'âge existant entre le sujet actif et le sujet passif, selon que celui-ci était le cadet ou l'aîné. Le nombre de sujets sur lesquels nous avons eu à cet égard des renseignements sûrs est moins élevé que le précédent; souvent, en effet, dans les observations, on se borne à dire sœur cadette, frère aîné, fille ou mère en parlant de l'aliéné, ce qui permet sans doute de savoir sans erreur quel est le plus âgé, mais nullement de connaître exactement la différence d'âge. Quoiqu'il en soit, nous avons réussi pour cinquante sujets actifs à être fixé sur ce point et il se trouve qu'exactement, vingt-cinq étaient plus jeunes que leurs victimes et vingt-cinq

plus âgés ; leurs différences d'âges d'avec les contaminés sont données dans le tableau suivant :

	Actifs plus jeunes de :			Actifs plus âgés de :		
Un an	4	soit 16	p. 100.	3	soit 12	p. 100.
Deux ans	1	— 4	—	1	— 4	—
Trois ans	5	— 20	—	1	— 4	—
Quatre ans	0	— 0	—	1	— 4	—
Six ans	1	— 4	—	1	— 4	—
Huit ans	3	— 12	—	3	— 12	—
De quinze à vingt ans.	1	— 4	—	1	— 4	—
Plus de vingt ans.	10	— 40	—	14	— 56	—

Ce tableau est plein d'intérêt, car il tend à prouver que ce sont les différences d'âge extrêmes qui favorisent la contagion mentale, du plus jeune au plus vieux ou réciproquement. En effet, que le sujet actif ait été l'aîné ou le cadet, les cas les plus fréquents se trouvent avec une différence d'âge, soit de un à trois ans, soit de plus de vingt ans. Il serait utile de vérifier le fait dans les observations futures. A la réflexion, je m'explique pourtant ce résultat auquel je ne m'attendais certes pas : il me semble que l'on est plus vivement impressionné par les faits et gestes d'une personne de laquelle vous rapproche la similitude d'âge, ou qui par ses cheveux blancs vous inspire respect et confiance ; et, réciproquement, la vieillesse est plus sensible à tout ce qui vient de la jeunesse pour laquelle elle a une sollicitude particulière et en qui elle croit revivre.

Enfin, nous nous sommes demandé si la forme générale ou systématisée du délire n'était pas liée à certaines particularités intéressantes d'âge et nous avons recherché comment, de ce chef, se répartissaient nos trente-deux sujets actifs plus jeunes et nos vingt-cinq plus âgés ; or, nous avons trouvé, pour le délire partiel, neuf des premiers contre dix-huit des seconds et au contraire, dans le délire diffus, trente-deux de ceux-là pour seulement sept de ceux-ci. Ainsi, dans la folie systématique, le sujet actif est plus âgé dans la proportion de 66 p. 100 et plus jeune, au contraire, dans les folies générales dans la proportion de 77 p. 100. Eh bien ! il est facile encore de comprendre ces résultats. N'avons-nous pas montré plus haut combien différait dans ces deux variétés mentales le mode de contagion, l'une se propa-

geant par impression brusque, l'autre par insinuation persuasive. Dès lors, la jeunesse n'est-elle pas plus propre à obtenir la première et l'ascendant de l'âge, la seconde? Evidemment oui. On sera plus vivement secoué, en effet, par la manie et surtout par la lypémanie anxieuse d'un aliéné plus jeune auquel on s'intéressera précisément d'autant plus qu'il sera un cadet; ou écoutera plus volontiers les conceptions délirantes habilement agencées d'un homme mûr, qu'on croira d'autant plus volontiers qu'il sera justement un aîné. Tous ces détails néanmoins prouvent que si l'âge, dans ses rapports avec la contagion mentale, offre des aperçus curieux et instructifs, dignes d'être plus relevés et mieux étudiés à l'aveur, il n'a rien d'essentiel ni d'indispensable, qu'à toutes les époques de la vie, toutes les variétés vésaniques sont susceptibles d'être transmises, et que c'est dès lors avec raison que nous le plaçons parmi les conditions secondaires, susceptible seulement de favoriser plus ou moins le phénomène morbide.

Après l'âge, le *sexe* a été présenté comme jouant un grand rôle dans la transmission de la folie. C'est une opinion courante, que les femmes sont beaucoup plus sensibles que les hommes à la contagion mentale pathologique aussi bien que physiologique. M. Pronier, qui s'est déclaré le défeuseur de cette opinion, résume dans les lignes suivantes la raison de cette plus grande susceptibilité : prédominance des facultés émotives sur les facultés intellectuelles ; sympathie instinctive aux souffrances d'autrui et aptitude à les faire siennes ; admiration prompt et souvent injustifiée ; absence d'originalité profonde ; propension remarquable à se donner un modèle ; adaptation facile ; attributs qui font de la femme un être plus influençable, plus suggestible que l'homme, et réceptif au premier chef. Quelle que soit la valeur de ces explications, je m'empresse de dire que les faits par moi rassemblés confirment hautement la prédominance du sexe féminin dans les cas de contagion mentale ; à en juger par eux, la réceptivité serait même double de celle du sexe masculin. En effet, mes soixante-douze contaminés comprennent quarante-sept femmes pour vingt-cinq hommes. Mais il est, relativement au sexe, un détail qui n'a pas attiré l'attention et

qui la mériterait peut-être, à savoir dans quelle proportion les sexes se contaminent entre eux. Mes cinquante-cinq observations établissent que la contagion mentale s'opère surtout de femme à femme et de femme à homme, et très exceptionnellement d'homme à homme ; la contagion d'homme à femme ne serait pas, elle non plus, très fréquente, quoique moins rare que d'homme à homme. Nos soixante-douze sujets se divisent comme il suit :

Femme par femme	35	soit	48	p. 100.
Homme par femme	24	—	34	—
Femme par homme	10	—	14	—
Homme par homme	3	—	4	—

Ces résultats nous paraissent absolument conformes aux constatations journalières dans la vie normale. Autant les hommes se méfient les uns des autres et ont peu de tendance à s'imiter, autant les femmes se singent réciproquement, c'est à qui copiera la voisine et sera copiée par elle. Nos observations prouveraient qu'elles ont plus d'influence encore entre elles que sur les hommes, et cela aussi me paraît conforme à l'état physiologique ; nous avons une différence de 14 p. 100, en faveur de la contagion de femme à femme, sur celle de femme à homme. Dans tous les cas, il n'est pas douteux que l'action sur l'homme est plus intense que celle exercée par celui-ci sur le sexe opposé ; l'écart de 20 p. 100 que nous relevons entre les deux ne saurait donc surprendre. Evidemment, le sexe n'est qu'une condition secondaire de la contagion mentale, puisque les deux peuvent être atteints ; mais les particularités que nous veuons de mettre en relief établissent, me semble-t-il, que son rôle n'est pas dépourvu d'importance. Intervient-il différemment selon les formes générales ou partielles du délire ? Dans les deux cas, il y a toujours plus de femmes que d'hommes d'atteints ; mais comme celles-là sont beaucoup plus sujettes que ceux-ci aux folies systématisées, leur prédominance est surtout plus accusée avec ces dernières, comme en témoigne le tableau suivant :

	Délires <u>systématisés.</u>		Délires <u>généraux.</u>	
Hommes	13	soit 16 p. 100	14	soit 20 p. 100.
Femmes	26	— 36 —	19	— 28 —

Avec la différence des formes mentales, nous obtenons les détails suivants, quant à l'influence d'un sexe sur l'autre ou entre eux :

	Délires systématisés.		Délires généraux.	
Femmes par femmes .	21	soit 55 p. 100	14	soit 43 p. 100.
Hommes par femmes.	12	— 30 —	12	— 36 —
Femmes par hommes.	5	— 12.5 —	5	— 15 —
Hommes par hommes .	1	— 2.5 —	2	— 6 —

La particularité la plus saillante de ce tableau est l'égalité répartition de la contagion, à peu de chose près, quelle que soit la forme mentale. Celle-ci, dans ses rapports avec le sexe des sujets, serait donc à peu près indifférente. Qu'il s'agisse d'un délire général ou d'un délire partiel, la femme serait dans la même proportion influencée par la femme, l'homme par l'homme, celui-ci par celle-là et celle-là par celui-ci. Tout au plus, en y regardant de très près, y trouverait-on une différence dans les cas de délire systématisé en faveur de la transmission de femme à femme ; il y a, en effet, un écart de 9 p. 100, à l'avantage de cette vésanie, cela prouverait que les dames se laissent plus facilement persuader par leurs semblables, qu'elles ne sont impressionnées de leurs malheurs. Qui sait s'il n'en est pas ainsi d'elles à l'état normal ?

Personne que je sache n'a jamais songé à ériger le sexe ni l'âge en conditions essentielles de la contagion mentale ; il n'en est plus de même des quatre particularités qui suivent et qui, au dire de beaucoup, seraient absolument indispensables à la production de ce phénomène morbide. Jadis, je me suis fait moi-même le défenseur de cette erreur. La première de ces particularités est *la nécessité d'une longue vie commune aussi intime que possible*. Le tort ici ne porte que sur le caractère *nécessaire* attribué à l'intimité et à la communauté d'existence, car il ne viendra à aucun l'idée de nier leur action éminemment favorable. Chacun le sait, en l'absence même entre les gens de tout lien d'affection, la vie commune tend à donner à tous des goûts et des dispositions d'esprit identiques, et c'est précisément sur cette tendance imitative, inhérente à l'intellect, que Kussmaul

a érigée en fonction spéciale du cerveau, que M. Bucknill se base pour soutenir que tout homme qui vit avec un aliéné est exposé à devenir aliéné lui-même, opinion erronée que nous avons réfutée plus haut. Mais si la conclusion tirée par le médecin américain est fautive, le fait sur lequel il l'a fondée est vrai. Ce besoin inconscient d'une adaptation aux idées et aux sentiments de notre entourage s'accroît encore en raison directe de notre affection. De là, cette conformité intellectuelle et émotive, apanage des familles où l'intérêt n'est pas venu détruire l'affection; de là surtout, cette identité psychique si particulière de l'époux et de l'épouse qui, Philémon et Baucis égarés dans notre fin de siècle, ont, l'un de l'autre, souffert toutes les douleurs et joni toutes les joies.

Aussi est-ce toujours avec cette intimité absolue, que se produit la folie simultanée qui naît des mêmes causes, agissant sur des esprits capables seulement d'en éprouver des effets identiques, à la condition expresse d'avoir la même manière de sentir et de réagir. Ce sont précisément ces cas qui ont accredité l'opinion dont je conteste l'exagération. Si donc, pour la folie simultanée elle est essentielle, cette condition d'une longue vie commune, aussi intime que possible, elle ne l'est nullement avec la folie communiquée. Qu'elle soit, pour elle, éminemment favorable, soit, mais nécessaire, non. Tout d'abord, pour les délires généraux, qui agissent en impressionnant vivement et se transmettent par un choc émotif, on n'en voit pas la nécessité. On la comprend davantage pour les délires partiels à transmission insidieuse, en vertu de ce fait, qu'on est le dernier à s'apercevoir des changements lentement survenus dans la manière d'être de celui qu'on coudoie chaque jour, et qu'inconsciemment on continue à écouter et à imiter, tandis que, progressivement, il vous pousse vers la folie. Mais, là encore, l'expérience prouve que cette condition, si avantageuse qu'elle soit, n'est pas indispensable. Parmi les faits qui établissent qu'en dehors d'elle, la transmission des vésanies s'opère, je citerai l'observation de Baillarger, dont j'ai eu occasion de parler plus haut: le fils qui contracta le délire de sa mère n'habitait pas avec elle; de même, dans une observation de M. Pronier,

un jeune homme rendu lypémanique par sa sœur, à la suite d'une longue action sur son esprit, et qui se suicida, ne vivait pas avec la malade. Il résulte donc de tout ce qui précède, que si la vie commune, intime, indispensable au développement de la folie simultanée est une condition éminemment favorable à la folie communiquée, comme d'ailleurs, pour les mêmes raisons, à la folie imposée, elle n'est pas indispensable à leur éclosion.

Certains ont attaché une importance bien peu grande à l'*ascendant habituel du malade sur le sain d'esprit*; d'après eux, la communication de la folie ne pourrait s'opérer que d'un sujet réellement actif, c'est-à-dire imposant d'ordinaire sa volonté et ses idées, à un sujet réellement passif, c'est-à-dire habitué à se soumettre à l'une comme aux autres. En réalité, cette condition est encore moins nécessaire que la précédente. Nous savons déjà que l'ascendant de l'âge est sans valeur, puisque nos observations ont établi que la transmission de la folie serait plus fréquente et ce, dans la proportion de 22 p. 100, du moins âgé au plus âgé. L'ascendant intellectuel n'est pas non plus suffisant à mettre à l'abri de la contagion mentale morbide; il arrive qu'un plus intelligent prenne le mal d'un individu de beaucoup son inférieur, au point de vue du développement de l'intellect, tel le malade du professeur Ball, qui, bien plus intelligent que sa femme, subit néanmoins complètement son influence et, à l'instigation de celle-ci, arriva vite à entendre les plus grossières injures d'insulteurs invisibles, cachés derrière un mur, derrière un rideau, derrière les persiennes d'une maison voisine, auxquels il proposa un duel qui fut accepté; aussi, grand fut son étonnement, au jour et à l'heure fixés, de se trouver seul au rendez-vous. Il n'est nullement nécessaire, dit M. Arnaud, que le sujet actif soit plus intelligent que le passif, et, en effet, le premier est assez souvent inférieur par l'intellect à son congénère; mais il faut et il suffit qu'il ait, encore avec une intelligence moindre, une volonté plus énergique et plus tenace, car c'est par le caractère, expression surtout de la volonté, que l'on mène les hommes, non par l'intelligence. Que cette condition facilite la contagion mentale morbide, je le crois, mais

nombreux sont les cas où elle n'existait pas, où même elle existait à rebours. Dans les faits de M. Lapointe et de M. Martinenq, c'est la fille qui contamine son père et sa mère, auxquels elle avait toujours été soumise ; dans le fait de M. Vollenberg, un père qui avait toujours exercé une grande autorité sur ses enfants, finit, après une résistance longue et acharnée, à se laisser entraîner par eux dans leur délire. La vérité est donc que l'ascendant habituel de l'aliéné sur le sain d'esprit est une circonstance seulement favorable et nullement nécessaire ; il a manqué dans 18 de nos 55 observations, soit dans la proportion de 33 p. 100. Son absence a été plus fréquente avec les délires généraux qu'avec les délires systématisés ; on comprend, en effet, son influence plus grande avec ces derniers, où il n'a fait défaut que dans la proportion de 25 p. 100, tandis qu'avec les premiers, cette proportion s'est élevée à 47 p. 100. Cette condition de l'ascendant habituel n'est même pas indispensable pour la folie imposée ; combien de persécutés raisonnants convertissent à leurs réclamations délirantes des gens qu'ils voient et avec lesquels ils causent pour la première fois ? Elle n'est donc que secondaire dans ces deux variétés et de plus absolument inutile dans la folie simultanée.

La troisième particularité réputée indispensable à la transmission de la folie serait une *action incessante de l'aliéné sur son compagnon, sain d'esprit, pour l'amener à partager ses conceptions délirantes et ses troubles sensoriels*. Il est tout d'abord bien évident que cette condition ne saurait s'appliquer qu'aux délirants systématiques ; le maniaque est trop distrait par la multiplicité des idées qui s'enchevêtrent dans son cerveau, et le lyépémaniaque est trop plongé dans ses douleurs pour se livrer au prosélytisme. Quand ils contagionnent, il est très exact de dire que c'est à leur insu. Je reconnais que la condition en question se trouve réalisée dans mes trente-six cas de folie partielle que j'ai réunis et que plus ou moins, mais toujours à un degré notable, les trente-neuf sujets passifs avaient subi des assauts réitérés de la part des sujets actifs. Faut-il en conclure que cette condition est nécessaire à la contagion des délires systématisés ? Pour répondre à cette question, j'estime

qu'il est indispensable d'établir une distinction basée sur l'attitude des futurs contaminés. De ceux-là, les uns résistent avec énergie, jugent malades les idées qu'on cherche à leur transmettre et défendent leur raison avec acharnement ; les autres, au contraire, entrent d'emblée dans la manière de voir de l'aliéné ; au premier coup, ils deviennent ses associés ; longtemps avant d'être malades, ils sont déjà croyants. Pour ceux-ci, je crois non indispensable une action incessante sur leur esprit, qui ne demande qu'à s'assimiler le mal qu'on leur offre ; une impression morbide modérée leur suffit pour verser dans la folie. Tout au contraire, aux premiers, il faut livrer bataille et établir un véritable siège de leur intellect qui refuse de capituler. Avec de tels malades, on comprend non seulement l'importance, mais encore la nécessité d'une action continue qui, par une série d'impressions identiques sans cesse renouvelées, arrivera à ébranler peu à peu la résistance opposée et à modifier les dispositions psychiques antérieures dans le sens du délire. Mais alors que cette condition n'existe pas pour les folies générales et que même elle n'est réellement efficace que dans certains cas de folie systématique, est-il admissible d'en faire une condition essentielle de la contagion mentale morbide ? Evidemment non ; sa place se trouve parmi les conditions secondaires, d'autant plus que, complètement inutile dans les folies simultanées, elle n'est pas toujours nécessaire dans les folies imposées qui, souvent, comme nous venons de l'indiquer, sont agréées, sans coup férir, par l'entourage du sujet en délire.

De la *vraisemblance du délire*, la quatrième des particularités à tort érigées en éléments fondamentaux de la communication des vésanies, il est vrai de dire également, comme de la précédente, qu'elle est applicable aux seules folies systématiques ; car elle est plutôt nuisible avec les folies générales qui, nous le savons, sont d'autant plus contagieuses qu'elles sont plus impressionnantes et d'autant plus impressionnantes qu'elles sont plus échevelées. Même ainsi limitée aux délires partiels, la nécessité de la vraisemblance des conceptions délirantes n'est pas établie, et la preuve, c'est leur acceptation tardive, suivie de leur perfectionnement par celui-là

qui, au début, les trouvait absurdes et les combattait. Nombreaux, en effet, sont les sujets qui luttent jusqu'au jour où, eontaminés à leur tour, ils deviennent hallucinés, et alors regardent comme vrai ce qui, la veille, était pour eux une folle erreur. Ils passent ainsi sans transition de la raison à la folie. Et pour ceux qui, avec M. Arnaud, admettent qu'une très longue action de l'aliéné sur le sain d'esprit est indispensable à la transmission des délires systématisés, la vraisemblance des idées malades ne devrait pas entrer en ligne de compte, puisque le fait seul d'un si long temps de contagion est la preuve que ces idées n'ont pas paru vraisemblables et n'ont pas été d'emblée agréées. Pour moi, je crois que, quand les sujets passifs trouvent vraisemblables les conceptions délirantes des sujets actifs, la contamination est grandement facilitée, la folie imposée étant, sinon une condition indispensable, du moins une condition éminemment favorable à la folie communiquée. C'est donc par l'intermédiaire de celle-là, pour laquelle la vraisemblance est un élément indispensable, on le comprend sans peine, que cette condition facilite la contagion mentale morbide. Maintenant, si on demande quelles sont les idées malades susceptibles de paraître vraisemblables ou non, je répondrai ce que je disais déjà en 1881 : que rien n'est plus variable et plus individuel, que c'est là chose relative et non absolue, dépendant du milieu, de l'éducation et de l'état psychique des personnes. M. Pronier se range à mon opinion, qu'il rappelle. La notion de vraisemblance, écrit-il, n'est nullement absolue, mais dépend avant tout de circonstances individuelles ; telle idée, repoussée par l'un comme ridicule, semblera fondée aux yeux d'un autre, et telle assertion qu'un ignorant juge digne de toute créance, peut sembler profondément déraisonnable à une personne cultivée ; là encore, l'organisation mentale du sujet passif joue un rôle prépondérant. Ainsi la vraisemblance du délire, très variable selon les individualités, d'une action nulle dans la folie simultanée et les folies générales, mais indispensable dans la folie imposée, n'est dans la folie communiquée qu'une condition secondaire susceptible de favoriser la transmission du mal.

Pour Lasègue et M. Falret, l'appât d'un intérêt per-

sonnel serait indispensable à la propagation de la folie. On ne succombe à l'escroquerie que par la séduction d'un lucre quel qu'il soit ; de même, d'après ces deux éminents aliénistes, on ne cède à la pression de la folie que si elle vous fait entrevoir la réalisation d'un rêve caressé. Emise d'une façon aussi absolue, cette opinion est formellement démentie par les faits. Non seulement les conceptions délirantes de grandeur ou de richesse sont rares dans la folie communiquée pour les raisons que nous avons fournies plus haut, mais les idées de persécution transmises sont très souvent au désavantage de celui qui les reçoit. Cependant, s'il est vrai que l'intérêt n'est pas un élément indispensable de la contagion mentale, à mon avis, on aurait tort de nier que là où il existe il ne facilite grandement le phénomène. Or, ce n'est pas seulement avec les conceptions mégalomaniacques qu'il se rencontre, il n'est pas impossible qu'il se montre aussi avec les conceptions lypémaniacques. Dans une des observations de M. Brunet, le frère aîné vit dans sa chemise une grosse chenille jaune qui représentait la mort et venait pour les emporter ; le cadet prit peur pour sa vie, vit lui aussi la bête, et, dans le but de sauver leur existence en détruisant l'animal, ils incendièrent la maison.

Dans un cas de M. Pronier, la femme, atteinte du délire des persécutions, répétait à son mari qu'on en voulait non seulement à sa personne, mais encore à la sienne ; car leurs ennemis répétaient sans cesse qu'ils allaient pratiquer la diffamation, la torsion et la perforation sur lui comme sur elle. Elle l'avertit de se tenir en conséquence sur ses gardes pour ne pas être torturé, et le malheureux finit par entendre : « Il faut faire sécher le vieux pour mieux les avoir. » S'il y a un grand intérêt à rechercher le bonheur, il y en a un tout aussi grand à éviter le malheur, surtout s'il peut l'être. Je répéterai donc pour l'intérêt, ce que j'ai formulé pour les autres conditions jusqu'ici énumérées : élément non essentiel sans doute, mais très favorable quand il existe pour la transmission des délires systématisés. Comme pour la vraisemblance, son influence est nulle dans les folies générales, qui, nées brusquement d'une vive impression, ne permettent guère de l'apprécier ; mais elle

est sinon indispensable, du moins un adjuvant puissant dans la folie simultanée et la folie imposée.

Quand on lit les observations de folie à deux rapportées jusqu'ici, on est frappé de la localisation, si on peut ainsi dire, de la contagion mentale morbide. Elle ne se propagerait même pas de porte à porte; elle agirait sur place. Je ne connais pas un seul cas d'aliéné ayant contaminé un voisin; il semblerait donc que *la famille*, ou plutôt *le milieu familial*, soit une condition indispensable du phénomène. Cette condition, qui ne paraît pas avoir attiré l'attention, me semble jouer un rôle bien plus important que l'ascendant, la vraisemblance ou l'intérêt. De tous les contaminés connus, les seuls qui n'étaient pas des parents des malades se trouvaient être à leur service, et comme tels faisaient partie de la maison. Comment se répartissent, en effet, nos 72 sujets passifs dans leurs rapports avec les sujets actifs? Comme il suit :

Sœurs	20,	soit	28.4	p. 100
Filles	15,	—	21	—
Frères	8,	—	11	—
Maris	8,	—	11	—
Mères	6,	—	8.4	—
Pères	5,	—	7	—
Fils	3,	—	4	—
Femmes	3,	—	4	—
Servantes	2,	—	2.8	—
Amant	1,	—	1.4	—
Maîtresse	1,	—	1.4	—
Serviteur	0,	—	0	—

Le fait que la contagion a été plus grande entre sœurs que de mères à filles, prouve que le rôle de l'ascendant n'est pas aussi grand qu'on l'a affirmé, et aussi celui de la plus grande fréquence de la transmission de femmes à maris que de maris à femmes. Le tableau semblerait montrer que la folie se contracte en raison directe, sinon de l'affection en elle-même, du moins de l'intensité affective qui réunit les deux sujets. Je crois celle-ci un facteur, en réalité bien plus puissant que l'autorité habituelle du malade. Cette intensité affective rend, en effet, des plus vives l'impression morbide; le malheur de qui vous touche de très près frappe davantage que le mal-

heur de qui vous domine. La part prise par le milieu familial dans la contagion morbide dépendrait donc du degré d'affection de ce milieu et de l'étroitesse des liens affectueux qui unissent les divers membres de la famille. Mais de ce que, dans nos cinquante-cinq observations, le phénomène s'est toujours produit dans ce milieu, faut-il en conclure à sa nécessité? Dans tous les cas, il ne serait indispensable que pour la contagion mentale sporadique; car, pour l'épidémique, qui a parfois sévi sur un pays tout entier, il est loin d'être indispensable. Toutefois, j'avoue ne pas comprendre pourquoi une personne, même étrangère au malade, pour peu qu'elle soit fortement entachée d'hérédité morbide, partant de prédisposition à délirer, ne pourrait être contaminée qu'à la condition de vivre de la même vie de famille que lui. Sans doute, je n'ai pas de fait à fournir à l'appui de cette opinion; mais les exemples authentiques de contagion mentale publiés ne sont pas encore si nombreux, et l'avenir nous réserve peut-être plus d'une surprise. M. Pronier parle, il est vrai, de deux cas qui se seraient produits entre amis. Cependant, comme il n'en donne pas les détails, et qu'il assimile à tort la folie imposée à la folie communiquée, nous ne sommes pas fixés sur la valeur de ces deux observations. Car la folie imposée se produit entre gens qui se voient même souvent pour la première fois, tandis que, je le répète en toute franchise, je n'ai point rencontré une véritable transmission morbide de la folie qui se soit opérée en dehors du milieu familial. Néanmoins, je me refuse encore à souscrire à la nécessité de cette condition. A peine inclinerais-je à l'admettre pour les délires systématisés, plus longs et plus difficiles à se transmettre, et encore! Et ce qui me rend aussi réservé sur ce point, c'est que nous avons aujourd'hui la preuve incontestable que la folie est capable de se communiquer non pas seulement d'aliéné à sain d'esprit, mais encore d'aliéné à aliéné, et cela dans un milieu qui n'a rien de familial, dans les asiles d'aliénés. Peu connue et peu étudiée en France, cette transmission morbide, toute spéciale, appelée à l'étranger folie transformée ou induite, que des faits par moi observés, et que je me propose de publier sous peu, mettent hors de toute contestation, a été très bien vue par Krcman en Amérique,

Savage en Angleterre et Lehmann en Allemagne. Elle se produit même chez le délirant systématique, ainsi que j'ai eu occasion de le constater à l'asile d'Anch chez le malade qui nous servait à la salle de garde. Comment, dès lors, admettre la nécessité du milieu familial et l'ériger en condition essentielle de la contagion mentale morbide? Tout au plus, en serait-il ainsi pour la folie simultanée. Condition secondaire, puissamment favorable, plus puissante encore que le sexe, l'âge, l'ascendant, la vraisemblance ou l'intérêt, mais condition secondaire, voilà, je crois, la vérité.

Nous arrivons à la *misère*, qui nous servira de transition pour passer des conditions aptes à développer l'intensité de l'impression morbide, aux dispositions propres à accentuer la prédisposition existante; car elle appartient à celles-là par ses conséquences psychiques et à celles-ci, par ses conséquences physiques. Quoi de plus approprié qu'elle, tout d'abord à disposer l'esprit aux idées de persécution ou aux idées de grandeur? On n'aime guère s'accuser soi-même des malheurs qu'on subit et, dans l'adversité, se croire une victime des événements ou des hommes, est une consolation. Si à la suite de revers, immérités ou non, un membre de la famille a des conceptions délirantes d'ennemis acharnés à leur perte, il trouvera les siens, de par leur situation psychique, très disposés à les accepter et à les assimiler. Quant aux idées de grandeur elles apparaîtront comme le rivage au naufragé, qui lutte contre les flots et, de même que toutes les forces physiques de ce malheureux se tendent vers lui, de même toutes les forces psychiques du sujet passif dans l'infortune, se tendront vers elles. Mais ce qui fait de la misère une condition éminemment favorable à la contagion mentale morbide, c'est qu'elle joint à cette action psychique une action physique marquée. En effet, toutes les causes d'affaiblissement organique accroissent sa prédisposition vésanique et placent l'intellect du taré en imminence de délire; car telle est la première des conditions qui développent les chances de transmission de la folie par extension de la réceptivité des individus, la seconde étant constituée par les chocs. Or, il est incontestable que la misère est un facteur vigoureux d'épuisement.

Et de fait, on retrouve cette condition dans l'immense majorité des cas publiés : la folie à deux est surtout le lot des malheureux et des affamés. Et cela est vrai, non seulement pour la variété communiquée, mais encore pour les deux autres, la simultanée et l'imposée ; les considérations précédentes ont autant de valeur pour les unes que pour les autres, bien que, pour ces dernières, le rôle de la contagion soit nulle. On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, que deux infortunés, minés par les privations, seront eux aussi dans les mêmes conditions exceptionnellement favorables pour fabriquer, en commun, un délire de persécutions et de grandeurs, ou pour considérer comme vrai un délire de ce genre enfanté isolément par l'un d'eux.

Mais la misère n'est pas l'unique facteur d'épuisement de l'organisme ; toutes les maladies, toutes les intoxications, tous les vices débilitants, tous les excès, sont eux aussi aptes à ruiner les forces de résistance et, par là, à ouvrir grandes les portes à la contagion mentale morbide. Il n'est pas rare de relever dans les observations ce détail, que le mal a éclaté chez le sujet passif à la convalescence d'une fièvre ou à la suite de grandes fatigues. Tel est, entre autres, ce cas de Nasse dans lequel un fils qui soigne sa mère résiste tout d'abord un temps assez long, puis prend une fièvre gastrique et alors cède à l'influence contagieuse. Il est évident que, selon le degré d'affaiblissement déterminé par la maladie et la nature de celle-ci, la prédisposition existante se trouvera plus ou moins renforcée ; il arrivera même que celle-ci soit créée pour ainsi dire de toutes pièces, s'il s'agit, par exemple, d'une fièvre infectieuse, comme la dothiéntérie ou la scarlatine.

Les *chocs* d'origine psychique ou physique, surtout les premiers, bien plus fréquentes, constituent le second groupe des conditions favorables à la contagion mentale morbide par développement de la prédisposition mentale. Je ne suis pas éloigné de croire que la grande part que nous avons vu être prise par le milieu familial ne soit due en majeure partie à la secousse imprimée par l'éclosion inattendue d'une aliénation mentale, chez un membre aimé. En dehors de cette considération, il y a des faits nombreux, établissant nettement que des

individus qui avaient triomphé de cette première perturbation affective, ont vite succombé à la suite d'un choc moral d'une autre nature venant s'y ajouter. Un des exemples les plus démonstratifs à cet égard est l'observation de Wolleberg, dont il a déjà été question plus haut. Un homme vivait avec sa femme et ses deux filles; la plus jeune, atteinte de délire systématisé, contamine l'aînée; mais les efforts de toutes les deux ne parviennent à entamer ni le père, ni la mère qui jugent sagement leurs conceptions délirantes de persécution et de grandeur, basées sur des troubles sensoriels; la mère meurt, et le coup accable le père qui ne tarde pas dès lors à être aussi halluciné et aussi délirant que ses deux enfants. Également, dans deux cas de Nasse, la contagion mentale morbide a été déterminée par une violente émotion: Une jeune maniaque mord violemment à la lèvre sa sœur aînée qui la soignait; celle-ci en reste toute saisie et, dès le lendemain, est également atteinte de manie. Un jeune homme, occupé à donner des soins à sa mère hypémaniaque qui avait déjà contaminé sa sœur, entend dire autour de lui que le même malheur le menace; il en est tout bouleversé et tout de suite se produit le délire des deux autres malades.

Ces exemples suffiront à montrer comment toutes les causes quelles qu'elles soient, capables d'affaiblir l'organisme ou de commotionner le cerveau, favorisent grandement la transmission de la folie. Nous nous bornerons à indiquer ce double mode d'action, sans entrer dans le fastidieux détail de toutes les conditions par lesquelles la prédisposition est susceptible d'être accentuée de l'une ou de l'autre façon. Cependant nous désirons, avant de clore ce trop long travail, de signaler plus particulièrement la part importante prise chez la femme dans la contagion mentale morbide, par les divers états physiologiques qu'elle traverse. Peut-être est-ce à eux qu'elle doit d'être plus souvent contaminée que l'homme. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que puberté, menstruation, grossesse, accouchement, lactation, ménopause se trouvent fréquemment signalés dans les observations que j'ai rassemblées. Pour la puberté, qu'on se souvienne de l'âge des trois seuls enfants que j'ai trouvés. Pour la menstruation, je citerai, outre le

cas de Seeligmulier, déjà rapporté plus haut comme exemple de très rapide communication d'un délire, le suivant dû à Georger, d'autant plus intéressant qu'au dire de l'auteur, la prédisposition nerveuse était pour ainsi dire nulle. De deux sœurs, l'aînée, un soir, devint tout à coup folle, éperdue, tout en larmes elle accusait des soldats qui avaient logé dans la maison, de l'avoir ensorcelée et réclamait à grands cris le secours de la religion, courant çà et là comme une forcenée et cherchant à se tuer; ce même soir, la cadette était au début de ses règles; elle se montra très empressée à soigner la malade et ne la quitta qu'après avoir tout tenté pour la ramener à la raison. Mais, à peine couchée, elle se sentit de son côté envahie par une angoisse insurmontable et, une heure après, elle était convaincue d'avoir été elle aussi ensorcelée par les militaires. Un autre fait de transmission de folie générale dû à Vass, montre avec autant d'évidence la part que prend parfois la lactation dans la production de cet acte pathologique, il s'agit d'une jeune femme qui, nourrissant son enfant, tint bon jusqu'à ce que, épuisée par cet allaitement, elle contracta la manie aiguë de sa sœur qu'elle soignait. Enfin, il est à noter que si, dans le sexe féminin, c'est surtout de 20 à 30 ans que la contagion mentale morbide s'opère d'après notre statistique, une accalmie se produit de 30 à 45 ans avec recrudescence de transmission, de 45 à 55, époque de la ménopause.

Toutes ces conditions que nous venons d'envisager, causes débilitantes, chocs moraux, états physiologiques, paraissent favoriser surtout la propagation des délires généraux, beaucoup moins celle des délires systématisés; il n'y a guère que la misère qui soit spécialement favorable à ces derniers. Également, si elles sont puissantes pour l'éclosion des folies simultanées, elles sont sans influence sur les folies imposées, qui en réalité ne sont pas des folies, mais plutôt des erreurs de jugement et d'appréciation.

Avons-nous réussi dans le double but par nous poursuivi, mettre à la place qui leur convient chacune des diverses conditions de la contagion mentale morbide, en montrant par les faits connus lesquelles sont essentielles et lesquelles sont secondaires, ces derniers plus

ou moins favorables mais nullement indispensables ; puis étudier les nombreuses particularités relatives à ces conditions que jusqu'ici les observateurs ont omis d'examiner ou n'ont envisagé que superficiellement ? L'espérer serait prétention de notre part. Notre seule ambition serait de susciter sur tous ces points, aussi obscurs qu'intéressants, d'autres travaux, dussent-ils infirmer les idées dont nous avons été le défenseur.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1894

Présidence de M. A. VOISIN

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le D^r Bouchaud, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, Ritti et Christian, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Une brochure de M. Paul Aubry, intitulée : *Influence contagieuse de la publicité des faits criminels*;
- 2° Le numéro de février des *Annales de psychiatrie*;
- 3° Le numéro de février de la *Revue de l'hypnotisme*;
- 4° Le deuxième fascicule du tome XII de la *Société de médecine légale*;
- 5° Le n° 6, 1893, de la *Gazette du Manicome de Macerata*.

Rapport de la Commission des finances.

M. MITIVIÉ. — Messieurs, chargés d'examiner les comptes de la Société, M. Falret et moi, nous avons l'honneur de vous présenter l'exposé suivant de la situation financière.

L'avoir de la Société comprend :

- 1° Un bon du Trésor de 1,537 fr. 50 ;
- 2° 261 francs de rente 3 p. 100 ;
- 3° 800 francs de rente 3 p. 100, legs Aubanel ;
- 4° 300 francs de rente 3 p. 100, legs Belhomme ;

5° 100 francs de rente 4 1/2 p. 100, legs Moreau (de Tours).

Pendant l'année 1893, les recettes ont atteint le chiffre de 10,714 fr. 45, ainsi décomposé :

En caissc au 31 décembre 1892	4.410 »
Recettes ordinaires.	1.625 »
Caisse Aubanel.	3.394 45
Caisse Belhomme.	935 »
Caisse Moreau (de Tours).	350 »
Total.	<u>10.714 45</u>

Les dépenses se sont élevées au chiffre de 5,580 fr. 90, savoir :

Dépenses diverscs	1.080 90
Achat d'un bon du Trésor.	1.500 »
Prix Aubanel.	2.400 »
Prix Belhomme.	400 »
Prix Moreau (de Tours)	200 »
Total.	<u>5.580 90</u>

Si des 10,714 fr. 45 de recettes on retranche 5,580 fr. 90 de dépenses, il reste 5,133 fr. 55, sur lesquels il revient à la caisse Aubanel. 994 45
Caisse Belhomme 535 »
A la caisse Moreau (de Tours) 150 »
Soit. 1.679 45

La Société a donc, au 31 décembre 1893, un solde disponible et sans emploi prévu de 3,454 fr. 10, que M. le Trésorier placera au mieux des intérêts de la Société.

Telle est, Messieurs, la situation, telle qu'elle ressort des comptes de votre nouveau trésorier, et telle que nous l'avons constatée exacte après vérification des comptes et titres.

Rapports de candidature.

M. BALLET. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Jules Voisin, Fern. Pactet et Gilbert Ballet, rapporteur, en vue d'examiner

les titres scientifiques du D^r Gorodichze, qui pose sa candidature comme membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Gorodichze a soutenu devant la Faculté de Paris, en 1888, une thèse sur un sujet d'obstétrique: *Du prolapsus de l'utérus gravide*.

En 1890, il publia une étude clinique sur les *effets analgésiques de l'exalgine*. Il y a réuni cinquante-quatre observations personnelles, où il montre l'action élective de ce nouveau médicament sur la douleur *névralgique*: migraine, névralgie faciale, zona, etc. A l'encontre de l'affirmation de M. Dujardin-Beaumetz, il a pu se convaincre que la fièvre n'est nullement une contre-indication pour l'exalgine.

C'est surtout à partir de 1891 que M. Gorodichze publia un certain nombre d'observations se rapportant toutes aux effets de la suggestion comme moyen thérapeutique. Il est, et il faut l'en louer, un partisan modéré du procédé. Il en reconnaît volontiers les inconvénients, voire même les dangers; mais cependant, devant l'évidence des résultats favorables obtenus par lui, il n'hésite pas à préconiser ce moyen de traitement dans certains troubles psychiques qui se réduiraient dans leur essence à une maladie de la volonté. C'est ainsi que les stigmates psychiques de la dégénérescence, greffés sur un terrain dégénératif où la déséquilibration mentale n'est pas trop accentuée, sont favorablement traités par la suggestion qui constitue une vraie gymnastique, une sorte d'orthopédie cérébrale.

Les maladies artificiellement créées, telles que la morphinomanie, l'alcoolisme, la nicotinomanie, etc., seraient également justiciables de la psychothérapie.

En avril 1891, M. Gorodichze communiqua à la Société clinique un cas de *morphinomanie thérapeutique datant de cinq ans, traitement à domicile par suggestion hypnotique, guérison*, et la même année, il en communiqua d'autres à la Société d'hypnologie, en les faisant suivre de *considérations médico-légales sur la séquestration des morphinomanes*. Le seul traitement vraiment utile pour la démorphinisation est la séquestration dans une maison spéciale de santé, si le traitement par suggestion à domicile a échoué, ou n'est pas

applicable. Il conseille la création de maisons spéciales, uniquement réservées aux morphinomanes et alcooliques, comme il en existe en Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis. Combien de morphinomanes hésitent à se faire soigner pour ne pas voir figurer sur leur casier sanitaire un séjour dans une maison d'aliénés ! D'autre part, le morphinomane n'est pas un aliéné dans le vrai sens du mot, et l'internement devient ainsi un véritable attentat à la liberté individuelle.

Au mois de juillet 1892, M. Gorodichze fait une communication à la Société d'hypnologie sur un cas de *contracture psychique guérie par la suggestion à l'état de veille*. Il s'agit là d'une jeune fille de dix-neuf ans dont la mère est morte de démence paralytique, et qui a réédité à sa façon par auto-suggestion la maladie de sa mère qu'elle adorait.

En 1893, il publie un petit travail comprenant trois observations de la *Claustrophobie*.

Enfin, au mois de janvier 1894, sur son conseil, il fait une communication à la Société médico-psychologique sur les *obsédés anxieux sans tare névropathique héréditaire ou acquise, tout au moins pendant le jeune âge*. Si la déséquilibre mentale, dans la grande majorité des cas, est due à une tare névropathique des ascendants, il existe cependant un petit nombre d'individus présentant très nettement des syndromes épisodiques de la dégénérescence et qui, non seulement, ne sont pas des héréditaires, mais qui, jusqu'à l'âge adulte, trente, quarante ans, ou même plus, n'ont pas présenté la moindre anomalie psychique. Il cite à l'appui de cette assertion deux cas très intéressants qui paraissent en effet concluants.

Cet ensemble de travaux me semble justifier la prétention de M. Gorodichze, et je pense que la Société sera heureuse de le compter au nombre de ses membres correspondants.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Gorodichze est nommé membre correspondant à l'unanimité.

M. DUBUISSON. — Messieurs, au nom d'une Commission composée de MM. Dagonet, Christian et Dubuisson, j'ai l'honneur de vous présenter un rapport

concernant la candidature du D^r Albert Bournet, d'Amplepuis (Rhône), au titre de membre correspondant de notre Société.

Le D^r Bournet n'est certainement pas un inconnu pour beaucoup d'entre vous. Tous ceux qui s'occupent des questions criminologiques sont au courant de ses travaux. Il est actuellement l'un des collaborateurs principaux et le secrétaire des *Archives d'Anthropologie criminelle*, fondées en 1886 par le D^r Lacassagne, le très savant professeur de médecine légale de la Faculté lyonnaise.

C'est en achevant ses études au laboratoire de médecine légale de cette Faculté que notre confrère prit goût aux questions de psychologie et de sociologie criminelles, qui depuis sont restées pour lui le sujet d'étude préféré et lui ont permis de mettre en lumière les nombreuses ressources d'un esprit délicat et cultivé.

Son premier travail : *La Criminalité en France et en Italie*, est une étude de criminologie comparée, dans laquelle l'auteur a pour but, beaucoup moins de mettre en présence les deux nations au point de vue de leur moralité ou de leur immoralité respectives, que de rechercher les causes qui de l'une à l'autre font varier le phénomène criminel, chacune d'elles servant en quelque sorte de point de comparaison pour l'autre.

Une semblable étude n'aurait pu être faite auparavant. Si la France possède, depuis 1825, une statistique criminelle que les étrangers qualifient volontiers d'admirable et à laquelle demeurent attachés les noms de MM. Guezzi de Champneuf, Arondeau et Yvernès, l'Italie ne possède rien avant l'année 1873. Ce n'est pas que les documents fassent totalement défaut, mais ils sont trop incomplets pour offrir une base suffisante de comparaison. Depuis lors, l'Italie a organisé un service de statistique et l'a confié à un homme de très grand mérite, M. Bodio, qui, en 1883, a pu, pour la première fois, coordonner d'une façon sérieuse, dans sa *Statistique judiciaire* annuelle, les chiffres de la criminalité italienne pour une période de dix années. Les comparaisons entre le crime italien et le crime français sont immédiatement devenues possibles, et M. Bournet en a profité. Son travail est donc un travail de statistique :

c'est un tableau de la criminalité des deux côtés des Alpes; mais il n'est pas que cela. Après avoir montré les faits, l'auteur a cherché à en tirer des conséquences et, malgré toute la modestie qu'il apporte dans ses appréciations personnelles, ce seront peut-être les chapitres où il parle des causes modificatrices du crime qui seront les plus intéressants. Sur l'influence des mœurs, des milieux ruraux et urbains, du milieu parisien en particulier, de l'instruction et de l'éducation, de l'émigration et de l'immigration, de l'alcoolisme, il a des pages pleines de vie et nullement banales. Quand il montre, par exemple, dans son chapitre sur les rapports de la criminalité et de l'instruction, combien l'instruction, et surtout l'instruction primaire, réduite à elle-même, et non assistée de l'éducation, c'est-à-dire de la culture morale, est d'un faible secours contre le crime, il ne flatte, certes pas, le préjugé populaire, mais il énonce, avec les faits les plus probants à l'appui, une vérité que beaucoup admettaient sans doute, mais que bien peu osaient exprimer.

Depuis ce premier travail, M. Bournet est resté fidèle à la criminologie. Les nombreuses études qu'il a publiées en ces neuf dernières années ont pour objet, la dernière seule exceptée, des questions de criminalité. Elles portent plus spécialement sur la criminalité italienne et la criminalité corse. M. Bournet n'est pas un homme qui étudie le criminel du fond de son cabinet et raisonne sur des chiffres et des notes recueillies par d'autres. Chacun de ses mémoires est le résultat d'un voyage en Corse ou en Italie, où il va sur place étudier le criminel, cherchant à le comprendre, à l'expliquer par la double observation du sujet et du milieu. Le milieu l'attache profondément, c'est à lui qu'il demande compte du criminel, et, en vérité, après avoir lu les descriptions émouvantes qu'il nous fait de telle ou telle partie de la Corse, de tel ou tel quartier des villes italiennes, de certains quartiers de Naples, en particulier, on prévoit presque le criminel qui va en surgir. Il y a en M. Bournet un peintre de très grand mérite, qui ne fait aucunement tort au savant.

Nous venons de voir que toutes ces études ont pour objet l'Italie et la Corse. C'est que l'Italie exerce une attraction toute spéciale sur notre confrère, et il ne s'en

défend pas. « On ne doit jamais écrire que de ce qu'on aime », répète-t-il avec Renan, et il ajoute : « Le plaisir qu'on trouve à certaines études n'est point une chose qui dépende de la volonté. L'étude de l'Italie est pour moi comme une religion ardemment embrassée dès l'adolescence; et, au milieu de tout ce qui semblait devoir m'en détacher et m'en distraire, le temps ne fait que la confirmer. »

Ne nous étonnons donc point si, pour faire diversion à ses travaux criminologiques, le D^r Bournet a été encore chercher en Italie son plus récent sujet d'étude. Il s'est attaché à cette touchante et singulière figure de saint François d'Assise, qui en a attiré bien d'autres, et s'est efforcé de nous en donner une idée plus exacte que ses devanciers. Ce n'est plus le légendaire saint François des naïfs auteurs du XII^e siècle, c'est un François mis à nu, disséqué, analysé par un médecin, par un physiologiste, mais par un médecin et un physiologiste sympathique, qui, tout en écartant la légende, laisse à l'homme toute sa poésie et tout son charme. Je dirais presque que le savant s'est peut-être un peu plus épris qu'il n'eût fallu de son sujet pour le juger complètement. Il a reculé, au dernier moment, devant une conclusion ferme, il est resté dans l'hésitation, ne sachant, devant les prodigieux succès de saint François, quelle part faire, dans son héros, à la maladie ou au génie. Peut-être n'était-il pas impossible de concilier les deux aspects. Quoi qu'il en soit, cette étude psychologique, dans laquelle le D^r Bournet a multiplié les recherches personnelles, dépouillé et discuté d'innombrables documents, examiné et apprécié toutes les hypothèses et tous les jugements écrits sur saint François, reste une de ses œuvres les plus intéressantes et lui fait le plus grand honneur.

Je n'insisterai pas davantage sur les travaux de notre confrère. Le peu que j'en ai dit me semble suffisant, Messieurs, pour vous montrer ce qu'est le D^r Bournet. A côté des aliénistes, proprement dits, vous avez toujours fait bon accueil à tous ceux qui s'occupent de psychologie scientifique. Les criminologistes sont de ceux-là et le D^r Bournet tient aujourd'hui un rang très distingué parmi eux. C'est avec une pleine confiance

que nous le recommandons à vos suffrages comme membre correspondant de notre Société.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Bonnet est nommé membre correspondant à l'unanimité.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, vous avez nommé, dans la dernière séance une Commission composée de MM. Falret, Bouchereau et Séglas, rapporteur, pour examiner la candidature de M. le D^r Joannès Martin, qui sollicite le titre de membre associé étranger de la Société.

A l'appui de sa candidature, notre confrère nous a fait parvenir un travail sur l'atrophie du nerf optique et sa valeur pronostique dans la sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

La fréquence de l'amaurose tabétique est très grande, et aujourd'hui que le tabes est mieux étudié et reconnu tout à fait à ses débuts, la plupart des neuropathologistes conviennent que cette affection est la maladie du système nerveux qui entraîne le plus souvent l'atrophie papillaire. Et celle-ci est désormais considérée comme un symptôme, en quelque sorte banal, du tabes.

L'atrophie papillaire peut se rencontrer à toutes les périodes du tabes, elle peut constituer un symptôme très précoce ou bien survenir à une période tardive de l'affection. Mais, le plus souvent, elle est un vrai symptôme d'invasion pouvant même constituer parfois, pour un temps plus ou moins long, les seules manifestations de la maladie. Circonstance digne de remarque, chez presque tous ces malades, on constate, par la suite, que le tabes ne dépasse pas sa première période, la période préataxique de Fournier; et ces tabétiques amaurotiques ne sont, pour ainsi dire, presque jamais atteints d'ataxie locomotrice.

Cette particularité dont la raison d'être nous échappe absolument, cette sorte d'antagonisme entre les troubles de la motilité et les altérations du fond de l'œil, a jusqu'ici très peu attiré l'attention des neuropathologistes. Cependant, si l'on parcourt les observations de tabes arrêtés dans leur évolution, immobilisés pendant des années à la période des douleurs fulgurantes, de ces tabes appelés frustes par Charcot, abortifs par Leyden, on remarque que le gros contingent de ces tabes frappés

d'arrêt de développement est formé par les amaurotiques. Chez ces malades atteints d'atrophie papillaire, les symptômes du tabes, restés stationnaires durant une longue série d'années, se bornent souvent à la présence des douleurs fulgurantes et à l'abolition du réflexe patellaire.

Fournier, Gowers n'étaient pas sans avoir noté ce fait, mais c'est surtout Benedikt qui l'a mentionné le premier d'une manière exacte et précise. En 1881, dans un premier travail, il signala, entre autres, une forme de tabes dont le pronostic, dit-il, est éminemment favorable : c'est le tabes avec atrophie du nerf optique, comme symptôme prodromique.

En 1887, le professeur de Vienne revient sur ce fait pour le confirmer à nouveau et établit un certain nombre de groupes dont il regarde le pronostic comme bon. Le premier groupe de ces faits favorables, dit-il, comprend les cas avec atrophie prodromique du nerf optique. Une règle à laquelle je ne connais aucune exception jusqu'à ce jour, c'est que les symptômes moteurs spécifiques du tabes, quel que soit le degré qu'ils aient atteint, rétrocedent aussitôt que la maladie s'est compliquée d'atrophie du nerf optique.

M. Joannès Martin, s'appuyant sur vingt et une observations de tabétiques amaurotiques prises dans le service de M. Dejerine à Bicêtre, a pu vérifier, à son tour, l'exactitude de la proposition de Benedikt en ce qui concerne l'influence de l'atrophie du nerf optique sur le développement du tabes à sa période préataxique. Il est incontestable, dit-il, en résumé, qu'un tabétique frappé d'amaurose au début de son affection devient très rarement ataxique et que, dans bien des cas, les phénomènes douloureux spécifiques diminuent d'intensité. Quant à prétendre que les troubles de la motilité, une fois bien établis, puissent rétroceder sous l'influence de l'atrophie papillaire, nos observations ne nous y autorisent pas. Au reste, les tabétiques arrivés à la période d'incoordination sont rarement frappés d'amaurose, et, dans les quelques cas où cette éventualité s'est produite, nous n'avons pas remarqué d'atténuation des troubles locomoteurs. Une fois, nous avons bien constaté une diminution des désordres de la motilité; mais il ne faut

pas oublier que les rémissions sont assez fréquentes dans le tabes, et que cet exemple isolé ne saurait entraîner la conviction.

Dans ses deux publications déjà citées, Benedikt avait mentionné, à côté de l'atrophie du nerf optique, plusieurs symptômes d'un autre ordre, dont l'entrée en scène modifierait favorablement le pronostic du tabes. Ce sont, entre autres, les crises gastriques prodromiques, comme il les appelle. M. Joannès Martin, qui a fait également des recherches sur ce point particulier, déclare ne pas pouvoir confirmer l'opinion de Benedikt. Chez tous les tabétiques qu'il a eu l'occasion d'observer, les crises gastriques n'ont exercé aucune influence sur la marche ultérieure de l'affection.

M. Joannès Martin nous a adressé également un certain nombre de rapports médico-administratifs et relatifs aux asiles de Marsens, Fribourg et Genève, comptes rendus annuels ou rapports à l'occasion de questions particulières.

Notre confrère est, en effet, un aliéniste de profession, et sa carrière médicale s'est passée tout entière dans le milieu psychiatrique. D'abord interne à la Maison cantonale des aliénés de Genève, le D^r Joannès Martin devint, par la suite, médecin assistant à l'asile public de Burghölzli à Zurich, puis directeur médecin en chef de l'asile public de Marsens, dans le canton de Fribourg. Depuis 1892, il occupe le poste de directeur-médecin en chef de la Maison cantonale des aliénés ou hospice des Vernets, à Genève.

Je n'ai pas besoin, il me semble, d'insister plus longtemps pour justifier les conclusions de votre Commission, qui vous propose d'accueillir favorablement la demande de M. Joannès Martin et de l'admettre au nombre des membres associés étrangers de la Société médico-psychologique.

Conformément aux conclusions de ce rapport M. Joannès Martin est nommé membre associé étranger à l'unanimité.

Des variétés cliniques du délire de persécution (suite).

M. FALRET fait une communication qui sera publiée ultérieurement.

M. JOFFROY. — J'ai écouté avec le plus vif intérêt la très attachante communication de M. Falret. La question est des plus intéressantes. Mais je ne m'occuperai en ce moment que des derniers malades dont il a parlé. Chez des dégénérés typiques, on voit parfois survenir brusquement un délire de persécution à évolution rapide offrant l'aspect d'un délire chronique dont la première phase viendrait à manquer. J'ai présenté dernièrement à mon cours de Sainte-Anne une femme qui, après une première période rudimentaire, a donné le tableau complet du délire chronique. Comment comprendre cette affection? S'agit-il d'un délire de persécution des dégénérés? Est-ce un état pathologique différent? En un mot, faut-il être uniciste ou dualiste? D'après les symptômes, je crois plutôt qu'il s'agit du délire chronique chez des dégénérés. La dégénérescence, en effet, ne saurait conférer une immunité; mais, le terrain étant différent, l'évolution n'est pas la même. La résistance à l'invasion, qui constitue la première période, n'existe pas ici, et le malade entre, pour ainsi dire, d'emblée dans le délire systématisé.

M. ARNAUD. — Les derniers malades dont a parlé M. Falret ne sont pas considérés par nous comme des dégénérés; c'est précisément là un point à discuter dans nos observations. De plus, chez eux, la première période n'a pas fait défaut, elle n'a duré que quelques mois.

M. PAUL GARNIER. — Les partisans du délire chronique n'en ont jamais limité la chronologie à un temps donné; les périodes peuvent être écourtées. Ce point établi, je ferai remarquer qu'avant d'accepter un cas comme relevant du délire chronique, nous devons exiger la preuve que le malade n'est pas un dégénéré.

Quant à Lasègue, il a été longtemps, comme le dit M. Falret, partisan absolu du délire de persécution tel qu'il l'avait décrit. Puis, son opinion se modifia, et il se rallia à la systématisation progressive. Il reconnut que la maladie se compliquait, à une époque tardive, d'idées ambitieuses. « C'est, disait-il, la sénilité du délire. »

M. BRIAND. — De même que la tuberculose pulmonaire, le délire chronique peut offrir une évolution rapide, une forme galopante. Une malade, que j'ai observée durant trois années, a passé, pendant ce temps, par toutes les phases du délire chronique. Inquiète à son entrée, et devenue bientôt persécutée, elle est sortie ambitieuse.

Etude statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale.

M. MARCEL BRIAND. — La récente communication de M. Sollier et celle annoncée par M. Marandon de Montyel m'amènent à vous communiquer dès maintenant le résultat de recherches entreprises dans mon service depuis plusieurs années — tout au moins pour quelques malades. Ce travail, fait en collaboration avec deux de mes internes, MM. Marc Trenel et André Antheaume, pourra servir de réponse à la question posée dans la dernière séance par M. A. Voisin. Vous vous rappelez, en effet, que notre collègue demandait à M. Sollier si les réflexes figurant dans sa statistique avaient été suivis à toutes les périodes de la paralysie générale. Vous avez encore présentes à l'esprit les opinions exprimées par MM. Ballet et Joffroy au cours de la discussion.

Nous avons eu, pour notre part, l'occasion d'observer un assez grand nombre de femmes paralytiques générales; nous avons enregistré régulièrement l'état des réflexes, examinant la même malade à des intervalles éloignés, vérifiant chaque examen et le consignant dans une courte observation.

Ce sont ces résultats, complétés par un examen récent et général de toutes les femmes paralytiques actuellement à l'asile de Villejuif, qui ont servi de base à cette statistique.

Pour mener à bonne fin une étude de ce genre, il était essentiel de procéder d'une façon méthodique; c'est ce que nous nous sommes efforcés de faire.

Nous n'avons d'abord fait entrer en ligne de compte que les paralytiques générales non douteuses, éliminant rigoureusement celles qui pouvaient prêter à discussion, telles plusieurs tabétiques à symptômes mentaux ou paralytiques générales à forme ascendante.

Les réflexes pupillaires, c'est-à-dire le lumineux et l'accommodatif, ont été l'objet de minutieuses investigations. Il nous a paru intéressant de noter en même temps l'état de la pupille, l'inégalité et l'irrégularité, la mydriase et le myosis, unilatéraux ou bilatéraux.

Les réflexes tendineux : massétérin et rotulien, ceux du poignet et du coude ont été enregistrés, de même les réflexes cutané plantaire, palpébral et pharyngien.

Il n'a été tenu aucun compte de ce dernier dans les cas, très rares du reste, où les malades étaient soumis à une médication iodurée ou bromurée.

Hâtons-nous de dire que si nous avons relevé l'état de tous ces réflexes, c'est dans un intérêt purement statistique et sans entendre comparer les uns aux autres ceux d'entre eux qui sont d'ordre différent, les réflexes pupillaires et les réflexes oculaires par exemple.

Nous avons procédé d'une façon toujours identique pour la prise de chaque réflexe.

Pour les réflexes oculaires, l'examen de chaque malade a été fait à la lumière diffuse et à la lumière artificielle, parfois à la chambre noire. En raison de la difficulté de fixer le regard des paralytiques, nous avons plus d'une fois hésité à nous prononcer ; des contrôles répétés ont seuls permis d'obtenir des résultats exacts.

L'examen des réflexes des membres supérieurs et inférieurs a été fait avec le marteau de Erb ; pour le patellaire il a été employé en même temps le procédé de Jendrassik. Bien que chez les paralytiques même les plus maniables on puisse avec peine obtenir le relâchement musculaire, nous avons, sans trop de mal, enregistré les réflexes tendineux. Nous pensons avoir évité l'erreur trop commune qui consiste à prendre pour diminué ou aboli un réflexe que la raideur musculaire ou l'état de contracture permanente entravent dans sa production.

Pour le massétérin, nous avons renoncé à la percussion directe du muscle pour adopter la méthode anglaise, dans laquelle on place sur les incisives de la mâchoire inférieure un coupe-papier sur lequel percute le marteau.

Les tremblements fibrillaires, les contractions des muscles masticateurs, le grincement, rendent souvent

cet examen incertain et il n'a été tenu compte que des cas où le résultat était très-net.

Des difficultés du même ordre se sont présentées dans la recherche du réflexe pharyngien.

Au moyen de l'attouchement direct de la conjonctive, nous avons pu avec moins de peine juger de l'état du réflexe palpébral.

Le réflexe cutané plantaire a toujours été examiné, le sujet étant alité.

En raison de la difficulté fréquente d'apprécier l'état des réflexes et cela en dépit de toutes les précautions que nous avons prises, nous avons cru être plus près de la vérité en les enregistrant seulement sous les trois rubriques : exagérés, abolis, normaux.

Evidemment, entre ces trois termes, il est des intermédiaires et nous avons parfois trouvé des réflexes forts et des réflexes diminués; mais combien délicate est cette appréciation et que de fautes à craindre si l'on pousse à ce point l'analyse de phénomènes si complexes et si variables même à l'état normal!

Notre statistique porte sur un ensemble de 60 femmes.

De ces malades beaucoup sont encore maintenant traitées à l'asile, quelques-unes sont sorties améliorées, d'autres sont décédées.

Les aliénées de la première catégorie sont au nombre de 34 et constituent la totalité des paralytiques actuellement dans le service.

Ce chiffre est minime, comparé au chiffre total de la population, soit 748, ce qui donne une proportion de 4.5 paralytiques pour 100 malades.

C'est là une nouvelle preuve de la rareté relative de la paralysie générale chez la femme, bien que cette rareté soit ici plus grande en ce moment que de coutume, en raison d'un transfèrement récent.

Les malades sorties en rémission sont au nombre de 6; les malades décédées au nombre de 20.

Il en est parmi ces dernières plusieurs dont l'état des réflexes a été noté dès le début de l'affection, début remontant à quelques années.

Dans ces 20 cas, l'autopsie presque toujours faite est venue chaque fois confirmer, au point de vue macroscopique, l'exactitude du diagnostic. L'examen histologique

des pièces anatomiques n'a encore été pratiqué que pour quelques-unes.

Chez ces 60 malades nous avons cherché à bien déterminer les périodes auxquelles ont été enregistrés les divers examens des réflexes.

Théoriquement, cette distinction est facile; cliniquement, elle est beaucoup plus délicate.

Pour les cas bien tranchés, malades alités, gâteux et déments, par exemple, il n'y a évidemment aucune incertitude; il n'en est plus de même pour les phases intermédiaires appartenant à la fin d'une période et au début d'une autre.

Nous avons alors, pour nous déterminer, tenu compte, moins de la durée antérieure de la maladie et des troubles somatiques, que du degré d'affaiblissement des facultés intellectuelles considérées dans leur ensemble.

Ceci posé, nous allons relater les résultats obtenus aux différentes phases de l'affection: rappelons que parmi les malades les uns n'ont pu être observés qu'à une ou deux des périodes de la paralysie, et que d'autres ont été suivies pendant trois périodes.

PREMIÈRE PÉRIODE. — 25 malades ont été examinées dans la première année de la paralysie générale.

Les chiffres que nous avons obtenus sont les suivants :

1° *Réflexes pupillaires.*

Normaux	36 p. 100
Altérés	64 —

Cette altération se décompose ainsi :

Abolition ou diminution simultanée des réflexes lumineux et accommodatifs	22 p. 100.
Signe d'Argyll Robertson complet ou incomplet, c'est-à-dire défaut total ou partiel de réaction du réflexe lumineux, l'accommodation étant conservée.	44 p. 100.

2° *Troubles oculo-pupillaires.*

Inégalité pupillaire	77 p. 100
Irrégularité pupillaire	72 —
Myosis	28 —
Mydriase	8 —

3° *Réflexes tendineux.*

Réflexe rotulien normal	16	p. 100
— — altéré	84	—
— — exagéré	60	—
— — aboli	24	—
Réflexes des membres supér. normaux	12	—
— — altérés	88	—
— — exagérés	75	—
— — abolis	13	—
Réflexe massétérin normal	25	—
— — altéré	75	—
— — exagéré	62	—
— — aboli	13	—

La moyenne de l'altération des réflexes tendineux, réunis en bloc, est de 82 p. 100, comprenant :

Exagération	65	p. 100
Abolition	17	—

4° *Réflexe cutané plantaire.*

Normal	35	p. 100
Altéré	65	—
Exagéré	30	—
Aboli	35	—

5° *Réflexe pharyngien.*

Normal	45	p. 100
Aboli	55	—

6° *Réflexe palpébral.*

Normal	88	p. 100
Exagéré	12	—

Cette exagération était très marquée et allait parfois jusqu'à un véritable blépharospasme.

Ordre de fréquence de l'altération des réflexes (1^{re} période):

Réflexes tendineux	82	p. 100
— cutané plantaire	65	—
— oculaires	64	—
— pharyngien	55	—
— palpébral	12	—

Parmi les 25 malades que nous venons de mentionner, 6 étaient en rémission au moment de l'examen et sont aujourd'hui sorties en liberté.

Ces paralytiques sont intéressantes et méritent une note spéciale.

Chez toutes, l'état des réflexes a été enregistré lors de leur entrée à l'Asile et au moment de leur sortie. Dans l'intervalle il n'a pas été modifié et cela malgré que deux d'entre elles aient eu, l'une un ictus apoplectiforme, l'autre un ictus épileptiforme.

Nous avons trouvé chez ces aliénées :

L'inégalité pupillaire, 5 fois sur 6 ;
Le myosis bilatéral, 3 fois ;
Les réflexes oculaires altérés, 4 fois :

Signe d'Argyll-Robertson. 3 fois.
Abolition simultanée des réflexes lumi-
neux et accommodatifs. 1 —

Dans 5 cas les réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs étaient exagérés, dans un ils étaient abolis ; le réflexe cutané plantaire a été aboli 2 fois, le pharyngien 2 fois également.

Ainsi il n'est pas une de ces 6 malades qui n'ait présenté des troubles de la réflectivité ; ces troubles ont persisté identiques à eux-mêmes, bien que les paralytiques fussent en rémission complète au point de vue mental et malgré la production d'ictus n'entravant pas du reste cette rémission.

Ne semble-t-il pas résulter de là que, dans la paralysie générale, les rémissions ne sont pas incompatibles avec la persistance d'altérations marquées dans l'état des réflexes ou, en d'autres termes, que les signes physiques persistent, les signes psychiques s'atténuant ?

Nous étudions en ce moment, d'une façon plus complète, les rapports réciproques des rémissions et des réflexes, ainsi que l'influence des ictus sur ces réflexes.

DEUXIÈME PÉRIODE. — A la deuxième période notre statistique a été établie d'après l'examen de 23 paralytiques.

Voici les chiffres que nous avons obtenus :

1° *Réflexes pupillaires.*

Normaux.	32 p. 100..
Altérés.	68 —

L'altération a consisté en :

Abolition simultanée des deux réflexes pupillaires.	24 p. 100.
Signe d'Argyll-Robertson complet ou incomplet.	44 —

2° *Troubles oculo-pupillaires.*

Inégalité pupillaire	86 p. 100.
Irrégularité pupillaire	82 —
Myosis.	34 —
Mydriase	21 —

3° *Réflexes tendineux.*

Réflexe rotulien normal.	14 p. 100.
— — altéré	86 —
— — exagéré	50 —
— — aboli	36 —

Réflexes des membres supérieurs :

Normaux.	11 p. 100.
Altérés.	89 —
Exagérés.	73 —
Abolis.	16 —
Réflexe massétérein normal	25 —
— — exagéré.	75 —

Le réflexe massétérein a toujours été exagéré, jamais aboli.

La moyenne de l'altération des réflexes tendineux est égale à 83 p. 100 ; chiffre composé de 65 p. 100 d'exagération et de 18 p. 100 d'abolition.

4° *Réflexe cutané plantaire.*

Il a été trouvé :

Normal	42 fois p. 100.
Altéré.	58 — —
Exagéré.	31 — —
Aboli.	27 — —

5° *Réflexe pharyngien.*

Il a été trouvé :

Normal	67 fois p. 100.
Aboli	33 — —

6° Réflexe palpébral.

A toujours été noté normal.

Ordre de fréquence de l'altération des réflexes (2^e période):

Réflexes tendineux	83 p. 100.
— oculaires	68 —
— cutané plantaire	58 —
— pharyngien	33 —

TROISIÈME PÉRIODE. — C'est à la troisième période que nous avons trouvé la plus forte proportion de paralytiques à examiner; soit 33 malades.

1° Réflexes pupillaires.

Normaux	16 p. 100.
Altérés	84 —

Altération consistant en :

Abolition simultanée des deux réflexes	26 p. 100.
Signe d'Argyll-Robertson complet ou incomplet	58 —

2° Troubles oculo-pupillaires.

Inégalité pupillaire	85 p. 100.
Irrégularité pupillaire	81 —
Myosis	28 —
Mydriase	18 —

3° Réflexes tendineux.

Réflexe rotulien normal	10 p. 100.
— — altéré	90 —
— — exagéré	63 —
— — aboli	27 —

Réflexes des membres supérieurs :

Normaux	10 p. 100.
Altérés	90 —
Exagérés	78 —
Abolis	12 —
Réflexe massétérin normal	43 —
— — exagéré	57 —

Le massétéren n'a jamais été trouvé aboli.

La moyenne de l'altération des réflexes tendineux est :

Altération	92 p. 100.
Exagération.	79 —
Abolition.	13 —

Signalons en passant l'énorme proportion d'exagération des réflexes tendineux (79) et le petit nombre des abolitions (13).

4° Réflexe cutané plantaire.

Normal.	35 p. 100.
Altéré	65 —
Exagéré	28 —
Aboli.	37 —

5° Réflexe pharyngien.

Réflexe pharyngien normal	43 p. 100.
— — altéré.	57 —
— — exagéré.	14 —
— — aboli.	43 —

6° Réflexe palpébral.

Réflexe palpébral normal.	85 p. 100.
— — exagéré.	15 —

Ordre de fréquence de l'altération des réflexes (3^e période).

Réflexes tendineux.	92 p. 100.
— oculaires	84 —
— cutané plantaire.	65 —
— pharyngien	57 —
— palpébral	15 —

Tels sont les chiffres de notre statistique à chaque période de la paralysie générale.

Rapprochant les uns des autres ces résultats, examinons quel rapport peut exister entre les modifications des réflexes et l'évolution de l'affection.

D'abord on remarquera que l'inégalité et l'irrégularité pupillaire se rencontrent dans une proportion très considérable et cela à peu près aussi fréquemment à chaque période.

Il en est de même pour la mydriase et le myosis, beaucoup plus rares, du reste, que les altérations précédentes.

Mais si ces troubles ne présentent pas dans leur fréquence de variations susceptibles de définir telle ou telle période, en est-il de même pour les réflexes proprement dits ?

A ne considérer que l'ensemble des réflexes oculaires et des réflexes tendineux, une conclusion s'impose, c'est qu'ils vont en s'altérant à mesure que la maladie évolue vers la démence paralytique.

De plus, si la troisième période est celle où l'altération des réflexes atteint son maximum, elle seule peut être nettement différenciée des deux précédentes.

A l'appui de ce que nous venons de dire, mettons en présence les chiffres obtenus.

Les réflexes oculaires sont altérés :

Première période	64 p. 100.
Deuxième période	68 —
Troisième période	84 —

Les réflexes tendineux sont altérés :

Première période	82 p. 100.
Deuxième période	83 —
Troisième période	92 —

Cette altération se décompose ainsi :

	RÉFLEXE rotulien.	RÉFLEXES membres supérieurs.
Première période	84 p. 100.	88 p. 100.
Deuxième période	86 —	89 —
Troisième période	90 —	90 —

Pour le réflexe massétéрин seul, les résultats paraissent divergents.

L'altération a été de 75 p. 100 aux deux premières périodes, 57 seulement à la troisième. En raison de la difficulté de l'examen chez des malades, à cette phase de l'affection, ce résultat n'infirmе en rien les conclusions qui découlent de l'examen des autres réflexes tendineux.

Laissant donc de côté ce dernier réflexe, voyons quelles conclusions nous pourrions tirer de la comparaison des chiffres, en ce qui concerne, non plus l'alté-

ration, mais la nature de l'altération de ces réflexes tendineux.

A la première période le réflexe rotulien étant exagéré 60 fois p. 100 et aboli 24 fois p. 100, les réflexes des membres supérieurs sont exagérés 75 fois p. 100, abolis 13 fois p. 100.

A la deuxième période on note pour le rotulien : exagération, 50 p. 100; abolition, 36 p. 100.

Pour les membres supérieurs: exagération, 73 p. 100; abolition, 16 p. 100.

A la troisième période enfin, l'exagération du réflexe rotulien se montre 63 fois p. 100, son abolition 27 fois p. 100, et l'exagération du poignet 78 fois p. 100, son abolition 12 fois p. 100.

D'après ces chiffres il est facile de voir qu'à chaque période l'exagération est plus marquée pour les réflexes des membres supérieurs que pour le réflexe rotulien, qu'en revanche, ce dernier est plus souvent aboli que le premier.

Pour ces deux réflexes, l'exagération et l'abolition suivent une progression inverse : l'exagération va en augmentant au fur et à mesure qu'évolue l'affection, et l'abolition est plus marquée au contraire à la première qu'à la troisième période.

Enfin, en ce qui concerne le réflexe patellaire à chaque période, nous avons cru remarquer dans nos examens de paralytiques, et nos relevés le prouvent, que le maximum d'altération des réflexes oculaires, c'est-à-dire l'abolition simultanée des réflexes lumineux et accommodatifs correspondait à l'abolition du rotulien, et le signe d'Argyll-Robertson à son exagération, cela non pas d'une façon absolue, mais très fréquemment. En sorte qu'à n'envisager que les réflexes oculaires et le seul patellaire on pourrait presque distinguer, étant donné leur rapport, deux catégories de malades, savoir : les paralytiques à exagération réflexe et à signe d'Argyll-Robertson et les paralytiques à abolition réflexe et à abolition simultanée des deux réflexes oculaires.

Ce rapprochement nous a semblé intéressant; mais nous n'y insisterons pas davantage, ne voulant pas, nous le répétons, établir de relation précise entre des phénomènes d'ordre différent.

Il nous reste à dire un mot de l'évolution du réflexe cutané plantaire et de celle des réflexes pharyngien et palpébral.

Toute proportion gardée pour les chiffres de chacun d'eux, tous trois offrent ce trait commun, d'être à leur maximum d'altération à la troisième période et d'avoir leur minimum d'altération non à la première période mais à la seconde. Les chiffres cités plus haut en font foi.

À la première et à la troisième période le réflexe cutané plantaire était, dans la majorité des cas, aboli, et au contraire exagéré dans la seconde.

Aux deux premières périodes, l'altération du réflexe pharyngien a consisté exclusivement en abolition; à la troisième période, nous avons en plus constaté de l'exagération. En ce qui concerne le réflexe palpébral, il a été trouvé normal à la deuxième période, altéré dans les deux autres, toujours exagéré et jamais aboli. Cette altération prédominait faiblement à la troisième période. De l'examen comparatif de ces trois derniers réflexes, il ne ressort rien de net. Nous insisterons sur ce fait que tous trois nous ont semblé essentiellement variables et nullement en relation avec le degré de la maladie.

L'analyse détaillée des modifications des réflexes aux diverses périodes de la paralysie générale nous amène à faire une revue d'ensemble de ces mêmes réflexes envisagés cette fois en eux-mêmes et en dehors des phases de l'affection.

Réflexes pupillaires. — Les réflexes pupillaires ont été trouvés altérés dans une proportion de 72 p. 100.

L'altération comprenait :

1° Signe d'Argyll-Robertson	49 p. 100.
2° Abolition simultanée des deux réflexes pupillaires	24 —

On voit par ces chiffres que, dans la paralysie générale, les altérations des réflexes oculaires se rencontrent dans les trois quarts des cas et que ces altérations consistent surtout en l'existence du signe d'Argyll-Robertson.

Nous n'avons rencontré aucun cas où l'accommodation fût abolie, le réflexe lumineux étant conservé; le réflexe synergique n'a pas été recherché.

Troubles oculo-pupillaires. — Intimement liés à l'altération des réflexes oculaires, ces troubles atteignent une proportion considérable, témoins les chiffres suivants placés par ordre de fréquence :

Inégalité pupillaire	84 p. 100.
Irrégularité pupillaire	78 —
Myosis	30 —
Mydriase	10 —

Se rencontrant dans les quatre cinquièmes des cas, les deux premières altérations sont donc presque constantes dans la paralysie générale; les deux dernières y sont plus rares, et sont entre elles dans le rapport de 2 à 1.

Réflexes tendineux. — Voici les résultats généraux les concernant :

1° Réflexe rotulien normal	14 p. 100.
— — altéré	86 —
— — exagéré	57 —
— — aboli	29 —

Ce dernier chiffre de 29 p. 100 d'abolition paraîtra, sans doute, fort élevé; nous ferons observer qu'en raison de la rareté relative du fait, les malades de ce genre ont été maintenus à l'Asile et non transférés.

2° Réflexes des membres supérieurs :	
normaux	11 p. 100
altérés	89 —
exagérés	75 —
abolis	14 —
3° Réflexe massétérin normal	
— — altéré	31 —
— — exagéré	69 —
— — aboli	64 —
— — aboli	5 —

En faisant la moyenne de ces altérations on obtient, pour les réflexes tendineux, les proportions suivantes :

Réflexes tendineux normaux	19 p. 100.
— — altérés	81 —
— — exagérés	65 —
— — abolis	16 —

En résumé :

1° Dans la paralysie générale, l'altération des réflexes tendineux (81 p. 100) est presque la règle.

2° Cette altération consiste quatre fois plus souvent en exagération qu'en abolition.

3° Le réflexe rotulien est deux fois plus souvent aboli que ceux des membres supérieurs ; ceux-ci sont plus souvent exagérés que le rotulien.

4° Les réflexes des membres supérieurs sont un peu plus souvent altérés que ceux du membre inférieur, l'altération consistant surtout alors en exagération.

5° Le réflexe massétéral altéré 69 fois p. 100 est le moins altéré des réflexes tendineux. Il est alors presque toujours exagéré, 64 fois p. 100, presque jamais aboli, 5 fois p. 100.

6° Les réflexes tendineux sont les plus altérés de tous les réflexes.

Réflexe cutané plantaire. — Le réflexe cutané plantaire est :

Normal	38 fois p. 100.
Altéré	62 — —
Exagéré	29 — —
Aboli	33 — —

donc presque aussi souvent exagéré qu'aboli.

Réflexe pharyngien. — Le réflexe pharyngien est altéré dans la moitié des cas, presque toujours aboli, rarement exagéré.

Normal	52 fois p. 100.
Altéré	48 — —
Exagéré	5 — —
Aboli	43 — —

Réflexe palpébral. — Altéré 9 fois seulement sur 100, le réflexe palpébral est normal le plus souvent et l'altération n'a jamais consisté qu'en une exagération allant parfois jusqu'à un véritable blépharospasme, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

De la comparaison des chiffres de ces divers réflexes, il résulte que les réflexes les plus altérés sont par ordre de fréquence les réflexes tendineux, puis les réflexes oculaires, le cutané plantaire, le pharyngien, le palpébral.

Relativement à l'exagération l'ordre est le suivant : tendineux, cutané plantaire, pharyngien, palpébral.

Relativement à l'abolition, il est ainsi modifié : pharyngien, cutané plantaire, tendineux, palpébral.

CONCLUSIONS. — Nous diviserons nos conclusions en deux groupes :

A. — Les unes relatives aux modifications des réflexes envisagés aux diverses périodes de la paralysie générale.

B. — Les autres touchant l'ensemble de la réflectivité indépendamment des périodes.

A. — *Conclusions du premier groupe.* — I. L'inégalité, l'irrégularité pupillaires ne sont pas sensiblement plus fréquentes à une période qu'à une autre.

II. Il paraît y avoir parallélisme entre l'altération des réflexes oculaires et celle des réflexes tendineux : cette altération va en progression continue jusqu'à la troisième période où elle atteint son maximum de fréquence.

III. Il n'y a pas de différence appréciable entre la première et la deuxième période au point de vue de l'état des réflexes.

IV. A chaque période l'exagération est plus marquée pour les réflexes des membres supérieurs que pour ceux des membres inférieurs. L'abolition est plus fréquente pour ces derniers que pour les premiers.

V. En ce qui concerne l'évolution des réflexes tendineux, l'exagération va en s'accroissant, l'abolition va en diminuant avec les progrès de la maladie.

VI. Moins altérés que les réflexes tendineux, les réflexes cutané plantaire, pharyngien et palpébral comportent des degrés d'altération très variables et l'on ne peut y attacher aucune valeur pronostique ou diagnostique dans les différentes périodes.

VII. Dans les rémissions il y a, en règle générale, persistance d'altérations marquées dans l'état des réflexes.

B. — *Conclusions du deuxième groupe ou conclusions générales.* — I. Dans la paralysie générale l'altération des réflexes est la règle, la non-altération, l'exception.

II. L'inégalité pupillaire existe dans les $\frac{4}{5}$ des cas. (En réalité, cette proportion est encore au-dessous de la vérité, car nous n'avons tenu compte que des iné-

galités très apparentes ; la véritable proportion serait presque $\frac{100}{100}$.)

III. L'irrégularité pupillaire est presque aussi fréquente que l'inégalité pupillaire. Le myosis est deux fois plus fréquent que la mydriase tout eù ne se rencontrant que dans le tiers des cas.

IV. Les réflexes tendineux sont altérés 81 fois p. 100, les réflexes oculaires 72 fois p. 100, le cutané plantaire 62 fois p. 100, le pharyugien 48 fois p. 100, le palpébral 9 fois p. 100.

V. L'altération des réflexes tendineux consiste surtout en exagération. Les réflexes tendineux sont exagérés 65 fois p. 100, abolis 16 fois p. 100, c'est-à-dire qu'ils sont 4 fois plus souvent exagérés qu'abolis.

VI. Le réflexe massétéрин est presque toujours exagéré, presque jamais aboli.

VII. Les altérations des réflexes oculaires se traduisent beaucoup plus souvent par le signe d'Argyll-Robertson que par l'abolition simultanée des deux réflexes pupillaires (lumineux et accommodatif).

L'abolition du réflexe accommodatif avec conservation du réflexe lumineux n'a pas été rencontrée.

VIII. Le réflexe cutané plantaire est à peu près aussi souvent aboli qu'exagéré.

IX. Le réflexe pharyngien, altéré dans la moitié des cas, est presque toujours aboli, presque jamais exagéré.

X. Le réflexe palpébral est presque toujours conservé, son altération n'a jamais consisté qu'en exagération (blépharospasme réflexe).

XI. Les réflexes cutané plantaire, pharyngien et palpébral, ont par eux-mêmes une mince valeur pronostique et diagnostique.

M. BALLET. — Je crois qu'il y a des inconvénients à mélanger l'étude des divers réflexes. De plus, j'ai été surpris d'entendre M. Briand avancer que l'exagération des réflexes tendineux se rencontrait plus fréquemment aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs.

Dans sa statistique, M. Briand donne, pour le signe d'Argyll-Robertson, un chiffre considérable, 54 p. 100. Cette évaluation ne tiendrait-elle pas à un vice dans le mode d'exploration ?

Je reprocherai également à M. Briand d'avoir unique-

ment tenu compte de l'abolition ou de la conservation du réflexe à la lumière, et d'avoir négligé l'élément diminution.

La séance est levée à six heures un quart.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 12 MARS 1894

Présidence de M. A. VOISIN

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Gorodichze, remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de membre correspondant.

2° Une lettre de M. Bouruet, remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de membre correspondant.

3° Une lettre de M. Johannès Martin, remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend les brochures suivantes offertes à la Société par M. Legrain :

1° Note pour servir à l'histoire de l'hémichorée essentielle.

2° L'anthropologie criminelle.

3° Dégénérescence de l'espèce humaine.

4° Mobile du crime et récidivisme chez l'enfant.

5° Traumatisme cérébral.

6° Psychoses dégénératives et délire chronique en France.

7° La médecine légale des dégénérés.

Rapport de candidature.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, au nom d'une Commission dont je fais partie avec MM. Briand et Ritti je viens vous faire un rapport sur la candidature, au titre

de membre correspondant, de M. le D^r Bouchand, de Lille, médecin en chef de l'asile de Lommelet.

A l'appui de sa demande, M. Bouchand nous a envoyé un grand nombre de travaux : ce sont des observations recueillies dans les différents services qu'il a traversés, et se rapportant presque toutes à des cas de pathologie nerveuse ou mentale. Ces observations, très variées, échappent à l'analyse. Je ne m'arrêterai qu'à l'un des derniers travaux de notre collègue, qui touche à la question depuis longtemps débattue, encore actuellement fort obscure, de l'étiologie de la paralysie générale.

M. Bouchand a été frappé de la circonstance suivante : dans l'asile de Lommelet, où il pratique, l'on reçoit un nombre relativement assez élevé de religieux (ecclésiastiques ou religieux proprement dits). Or, parmi ces malades, il existe très peu de paralytiques généraux. En recherchant la proportion des paralytiques généraux sur 100 aliénés, notre confrère a trouvé 2.4 chez les religieux, 20.4 chez les laïques, de telle sorte que, chez les laïques, il y a 1 paralytique général pour 3.9 aliénés ordinaires, tandis que, chez les religieux, il n'en existe que 1 pour 35.5. On voit la différence.

Ne se contentant pas de cette statistique, M. Bouchand s'est adressé aux médecins des asiles de Lehon et de Lyon, tous deux tenus, comme celui de Lommelet, par les frères Saint-Jean-de-Dieu, tous deux recevant un grand nombre de religieux aliénés. Or le D^r Barbé, à l'asile de Lehon, trouve : 1 paralytique général pour 23 aliénés, chez les religieux ; 1 paralytique général pour 13 aliénés, chez les laïques, et le D^r Carrier, à Lyon, arrive à des chiffres encore beaucoup plus significatifs : 1 paralytique général sur 72 aliénés religieux ; 1 paralytique général sur 27 aliénés laïques.

D'où cette conclusion, que la paralysie générale, très commune chez les laïques, est au contraire une exception chez les religieux, fait dont M. Bouchand trouve encore la confirmation indirecte dans une statistique que j'ai publiée il y a quelques années, et dans laquelle, sur 340 paralytiques généraux observés à Maréville et à Charenton, il n'y avait pas un seul religieux. Je ferai remarquer, à ce propos, qu'il n'y a là aucun argu-

ment, ni pour, ni contre, car, ni à Maréville, ni à Charenton, je n'ai jamais eu de religieux parmi mes malades.

Quoi qu'il en soit, partant de l'énorme différence qu'il a trouvée, M. Bouchaud en cherche l'explication, et il croit l'avoir trouvée dans ce fait, que la paralysie générale, étant due surtout aux excès sexuels et à la syphilis, il est tout naturel que les religieux, astreints par devoir à une vie chaste, soient épargnés par la maladie.

Il serait aisé de discuter cette manière de voir. Assurément, si l'on admet les prémisses, c'est-à-dire, si l'on considère la syphilis et les excès sexuels comme les grands facteurs de la paralysie, la conclusion de M. Bouchaud s'impose.

Mais est-ce donc là un fait démontré? Je sais bien que l'on a publié quantité de statistiques plus ou moins favorables : à force de chercher la syphilis, on finit par la rencontrer à peu près partout. Je ferai cependant une objection, que j'ai déjà souvent faite et à laquelle il n'a pas été répondu : on convient qu'an point de vue anatomique, il n'y a aucune différence appréciable entre la paralysie générale syphilitique (c'est-à-dire survenant chez un individu ayant eu la syphilis) et entre la paralysie générale ordinaire ; il en résulte implicitement que la paralysie générale, avec tous ses attributs, toutes ses manifestations caractéristiques, peut se montrer en dehors de toute syphilis. N'est-il donc pas évident dès lors que la syphilis ne saurait être la cause nécessaire, essentielle, de la maladie? Et cette objection n'est pas la seule.

Mais je n'ai pas à traiter une fois de plus l'importante question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale : je dois seulement vous faire connaître quels sont les titres de M. Bouchaud ; or ces titres sont nombreux et sérieux ; ils dénotent des habitudes laborieuses dont profitera certainement notre Société. Nous sommes persuadés que M. Bouchaud continuera à nous envoyer d'intéressants travaux, et votre Commission vous propose de lui accorder le titre de membre correspondant.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Bou-

chand, est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

Contribution à l'étude des réflexes tendineux dans la paralysie générale d'origine alcoolique.

M. DÉRICQ. — A propos de la communication de MM. les D^{rs} Sollier et Briaud, je voudrais, incidemment, glisser quelques mots sur les réflexes dits tendineux. Je viens de revoir 87 observations de paralytiques avérés des deux sexes, prises dans le service de mon excellent maître le D^r Magnan, en 1883 et surtout en 1884. Avec l'aide de mon ami le D^r Lemos (de Porto), membre associé étranger de la Société, nous avons l'habitude de « faire l'examen des réflexes », et ce, d'une façon systématique. Ces examens portaient sur le réflexe rotulien, et sur le réflexe tendineux du poignet. Nous nous servions du marteau de Erb, nous attaquions les quatre membres et nous répétions l'interrogation à plusieurs reprises et à quelques jours d'intervalle. De ces recherches, faites uniquement par pure curiosité scientifique, nous n'avons, à cette époque, tiré aucune conclusion. Le classement par sexe, par âge, par durée présumée de la maladie, etc., ne nous avait rien révélé. En bloc, nous trouvions une exagération pour 1/3, une diminution ou une paresse pour un autre 1/3, le reste appartenant aux cas jugés normaux.

Si l'on veut plus de précision, le tableau suivant donne les chiffres exacts :

Diminution ou paresse.	26
Exagération	28
État normal	33
	<hr/>
Total	87

Or, aujourd'hui, en superposant à nouveau mes observations, je m'aperçois que celles qui coïncident pour la diminution ou la paresse des réflexes, coïncident *toutes* également pour les antécédents alcooliques.

Je me borne à signaler cette coïncidence des excès alcooliques et de la diminution des réflexes chez 26 paralytiques. Ai-je en affaire à une série favorable ? Y a-t-il

quelque relation de cause à effet? Je n'ose conclure. Ce sont des faits plus nombreux, qui détruiront la série ou affirmeront la valeur (absolue ou relative) d'une liaison pathogénique qui, après tout, n'a rien de paradoxal. Si j'ajoute, enfin, qu'aucun stigmatisme syphilitique n'a été relevé, on conçoit l'aide que, dans une certaine mesure, cette notion peut apporter dans la reconnaissance toujours si ardue de l'étiologie de la paralysie générale.

La séance est levée à cinq heures un quart.

René SEMELAIGNE

CORRESPONDANCE

I

Esprit et matière (Réponse à M. Jules Soury).

Dans un article bibliographique sur la thèse de mon élève, le D^r Henry Thorion (*Annales médico-psychologiques*, numéro de mars 1894, p. 349), M. Jules Soury relève avec indignation les paroles suivantes que l'auteur emprunte à mon discours de rentrée des Facultés (1892) : « Nous ne connaissons l'âme qu'enchaînée au corps, inhérente à la matière, et la science ne peut dire si l'âme est indépendante du corps, si l'esprit existe sans la matière. » Ces « naïvetés énormes », ces « vocables scholastiques qui n'ont plus de sens pour qui connaît l'état de la science en matière de psychologie », semblent donner à mon honorable contradicteur une triste idée de mon éducation philosophique. Je tiens à le rassurer.

Voici dans quelles circonstances j'ai prononcé la phrase incriminée. Je parle de l'organisme humain ; je montre qu'il s'y passe des phénomènes physiques, chimiques, biologiques, et en outre, ce qui sépare le règne animal du règne végétal, des phénomènes psychiques.

Je termine ainsi : « L'homme est une machine qui pense. Matière et esprit ! Etes-vous matérialiste ? Etes-vous spiritualiste ? »

« Nous affirmons hautement, au nom de la science, que l'esprit commande et fait agir la machine. Mais nous ajoutons, au nom de la science, que si l'esprit actionne les organes, ceux-ci à leur tour agissent sur l'esprit. La matière lui est subordonnée ; mais lui-même est prisonnier de la matière. Chez l'homme vivant, la vie psychique est liée à l'organe ; nous ne l'observons que comme fonction du cerveau, centre de la vie psychique comme de la vie végétative. Et cette fonction, je veux dire l'esprit, grandit, évolue, décline, se modifie, se pervertit avec le cerveau lui-même, dont elle suit les vicissitudes organiques. Nous ne connaissons l'âme qu'enchaînée au corps, inhérente à la matière, et la science ne peut dire si l'âme est indépendante du corps, si l'esprit existe sans la matière ! La science seule ne peut répondre et je crains de m'aventurer dans le domaine de

la spéculation métaphysique ou de la conscience individuelle. »

Dans cette profession de foi, qui n'est pas compromettante, j'espère, parce qu'elle ne dépasse pas les limites étroites de l'observation scientifique, ce sont les mots esprit et matière, âme et corps, qui irritent singulièrement M. Jules Soury.

Qu'y puis-je ? Je constate qu'il y a sur la terre de la matière vivante qui, probablement, ne pense pas, qui n'a pas de phénomènes de conscience ; et qu'il y a de la matière vivante qui pense, qui a des phénomènes de conscience. Ce sont ces phénomènes de conscience ou phénomènes psychiques que j'appelle, comme tout le monde, esprit ou âme. Cet esprit, cette âme, liée à l'organisme vivant, je puis, par une abstraction, l'étudier en dehors du cerveau qui la manifeste et l'élabore, sans me prononcer sur l'essence des phénomènes que j'ignore. Tant qu'il y aura des hommes qui pensent, on parlera de corps et d'âme, d'esprit et de matière ; et quel que soit l'état de la science en matière de psychologie ou de biologie, ces mots ne seront jamais vides de sens. L'esprit n'est pas quantité négligeable dans l'organisme humain. Il y a des corps pauvres d'apparence avec de grands esprits ; il y a des corps plantureux avec de petits esprits. M. Jules Soury lui-même, qui est un penseur, c'est-à-dire un esprit greffé sur un corps, voudra-t-il le nier ? Est-il bien sûr de n'avoir jamais conçu et formulé, sur le compte d'autrui, ce dualisme grossier que je lui demande pardon de formuler sur son compte, avec toute l'estime que je professe pour les émanations de son esprit ?

D^r BERNHEIM, de Nancy.

Réponse de M. Jules Soury.

L'auteur des lignes qui précèdent nous a adressé la lettre suivante :

Monsieur,

M. Ritti vous a fait parvenir le petit discours dont vous critiquez une phrase dans la *Revue médico-psychologique*. J'ai cru devoir répondre à cette critique, venant d'un homme dont j'apprécie les travaux et les doctrines. Il n'y a peut-être, au fond, dans cette divergence d'opinions, qu'une question de mots.

Veuillez agréer, etc.

BERNHEIM.

J'ai dû répondre que, malheureusement, il y avait ici tout autre chose qu'une « question de mots ». Aussi bien, dans son *Discours*, comme dans sa *Réponse*, M. Bernheim soutient, sur ce qu'il nomme l'âme et le corps, l'esprit et la matière, une doc-

trine absolument dualiste. Lui-même vient de le démontrer une fois de plus. C'est le droit strict du chef de l'École de Nancy de proclamer sa foi en ces entités métaphysiques, et en quelques autres encore. On peut être surpris de rencontrer certaines survivances ; je me sens plus porté à les étudier avec curiosité qu'à en sourire.

Mais c'est un devoir naturel de soutenir, lorsqu'on le pense, que les concepts d'esprit et de matière, d'âme et de corps, ne supportent pas le plus superficiel examen critique. Voilà longtemps que les disputes scholastiques sur ces êtres imaginaires sont épuisées, et je répète que ces mots mêmes n'ont plus aucun sens pour qui connaît l'état de la science en matière de psychologie.

Le savant que je considère comme le principal initiateur, en France, de la psychologie considéré comme une science naturelle, M. Th. Ribot, a écrit, il y a plus de vingt ans, ces paroles, d'une raison si haute et si pénétrante : « La psychologie sera donc purement expérimentale : elle n'aura pour objet que les phénomènes, leurs lois et leurs causes immédiates ; elle ne s'occupera ni de l'âme ni de son essence, car cette question étant au-dessus de l'expérience, et en dehors de la vérification, appartient à la métaphysique. S'il peut sembler paradoxal que la psychologie, qui est la science de l'âme, ne s'en occupe point, on doit remarquer que la biologie et la physique ne s'occupent pas davantage de la vie et de la matière ; que, tant qu'elles en ont fait l'objet propre de leur étude, leurs progrès ont été nuls... Cette psychologie sera-t-elle spiritualiste ou matérialiste ? Nous répondons que cette question n'a point de sens, et qu'autant vaudrait la poser à propos de la physique expérimentale. »

Des corps et des esprits, s'il en existe, nous n'avons que des représentations subjectives, de purs symboles ou signes. Mais, comme les manifestations de « l'âme » ou de « l'esprit », j'entends les processus nerveux, ne nous sont jamais connus isolément de ce que nous appelons leur substratum organique, séparer l'esprit de la matière, l'âme du corps, les opposer, les mettre en antagonisme, c'est réaliser des abstractions telles que la pierreité, etc.

J'ignore profondément de quelle étoffe est fait le monde, si la vie et la pensée commencent à un certain degré d'évolution cosmique, ou si elles sont des états internes de tout atome et de toute molécule. J'incline fort, pour ma part, à croire à l'identité des processus moléculaires et des processus psychiques élémentaires. Les propriétés physico-chimiques d'une molécule de protoplasma et ses propriétés psychiques ne sont sans doute pas deux ordres de propriétés irréductibles : il n'y a là qu'un

seul et unique événement, qui ne paraît double que parce qu'il est ou semble différemment connu par nos centres nerveux. Je dis *identité*, et non plus correspondance, harmonie préétablie, etc. Bref, tous les processus psychiques ne paraissent réductibles, comme tous les phénomènes de la vie, à des phénomènes de mécanique moléculaire, à des considérations physico-chimiques, selon le mot prophétique de Claude Bernard.

Mais, dans l'une ou l'autre hypothèse, l'esprit ne saurait être conçu comme ajouté ou lié à la matière, car aucune observation, aucune expérience, ne nous montre la vie, et par conséquent le sentiment et la pensée, sans ce que les métaphysiciens dualistes appellent les corps, c'est-à-dire sans ce complexe de sensations et de perceptions tactiles, musculaires, articulaires, tendineuses, aponévrotiques, therniques, visuelles, olfactives, etc., qui est tout ce qu'il y a de réel dans l'idée de matière.

En somme, la psychologie est l'étude des processus nerveux, partant, de purs phénomènes, qui, de même que tous les autres phénomènes naturels, ne nous révèlent rien sur leurs causes. Déterminer les conditions des phénomènes et en chercher les lois, voilà toute la science. Tous les symboles sous lesquels nous nous représentons le monde et nous-mêmes ne correspondent, en dernière analyse, qu'à des états de conscience, incapables de nous rien apprendre sur la nature des esprits et des corps, s'ils existent.

Le mieux est donc, et c'est par ces mots que je terminais ma notice sur le livre de M. Thorion, le mieux, pour un biologiste, est de ne point parler de choses qu'on n'entend pas, qu'on ne saurait même entendre, et l'âme et le corps, l'esprit et la matière, sont de ces choses-là.

JULES SOURY.

De la peptonurie chez les aliénés.

Turin, le 18 mars 1894.

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de vouloir bien insérer dans votre journal cette réponse que je crois devoir faire, en ce qui me regarde, à la monographie que M. Lailler vient de publier dans les *Annales médico-psychologiques* de janvier 1894.

M. Lailler, dans son travail sur la *Peptonurie chez les aliénés*, arrive à cette conclusion que la présence de la peptone dans

les urines ne peut être invoquée comme symptôme de la paralysie générale, en contradiction avec ce que j'avais jadis énoncé dans un mémoire publié dans le *Giornale della R^e Accademia di Medicina di Torino*, janvier 1888. M. Lailier voit *a priori* une preuve de la presque impossibilité d'avoir un caractère commun dans les urines des paralytiques généraux par suite de la variété des formes de la paralysie, tantôt avec délire expansif, idées de grandeur, de richesse, d'optimisme, tantôt avec délire dépressif hypocondriaque, impulsif, et même avec des troubles différents de circulation et de nutrition.

Mais est-ce que ces différences symptomatiques empêchent la présence d'une altération anatomique commune aux paralytiques ?

M. Lailier constata l'existence de la peptonurie seulement dans 72.5 p. 100 des paralytiques dont il examina les urines.

Je ne veux pas contester le fait; mais jusqu'à ce que je connaisse, et les procédés suivis dans ses recherches, et la quantité d'urine sur laquelle il les a faites, je pourrai toujours mettre en doute les conclusions de M. Lailier, parce que c'est évident qu'une quantité un peu excessive d'acétate de plomb additionnée pour précipiter les matières colorantes, ou une quantité trop petite d'urine employée pour l'analyse peuvent donner des résultats négatifs, quoique les urines puissent contenir de la peptone.

Agréez, Monsieur le Directeur, mes remerciements anticipés, avec l'expression de ma haute considération.

D^r ANT. MARRO,
Médecin en chef de l'asile des aliénés
de la province de Turin.

Réponse.

M. le D^r Marro m'objecte que les variétés des formes de la paralysie générale, à ses débuts et pendant les premières périodes, ne peuvent empêcher la présence d'une altération anatomique commune aux paralytiques. J'en suis convaincu comme lui. Mais, est-ce bien à cette altération anatomique qu'il faut rattacher, chez les paralytiques généraux, la peptonurie si fréquente dans des affections qui n'ont aucun rapport avec la paralysie générale des aliénés ?

Je n'ai nullement la compétence voulue pour élucider cette question. Je suis resté et je reste sur le terrain de l'expérimentation chimique.

A cet égard, M. le D^r Marro ne sera convaincu du résultat de mes recherches que lorsque j'aurai fait connaître les procédés que j'ai suivis.

Ce serait, je erois, au moins abusif, de traiter dans les *Annales médico-psychologiques* une question de chimie organique qui demande de longs développements. Qu'il me suffise de dire que je conuais vingt procédés, au moins, pour la recherche de la peptone dans l'urine et que je les ai tous essayés et utilisés. D'autre part, je prie M. le D^r Marro, pour qui, je suis heureux de le dire, je professe la plus grande considération, de croire que l'acétate de plomb employé pour la défécation de l'urine, ne m'a nullement gêné dans mes recherches, attendu que je l'ai toujours éliminé de l'urine avant de la traiter par les réactifs propres à déceler la présence de la peptone.

Un mot pour finir.

En admettant que mes procédés de recherches laissent à désirer, comment se fait-il que si, dans la première période de la paralysie générale, je n'ai trouvé que 11.11 p. 100 de peptonuriques, j'en aie trouvé dans la seconde 71.42 p. 100 et dans la troisième 88.88 p. 100 et, encore, j'ai ajouté que j'étais convaincu que ce chiffre doit être, en réalité, plus élevé? Mes procédés ne seraient-ils bons que pour la seconde et la troisième périodes?

LAILLER.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Contribution à l'étude du délire de négation; par le D^r Paul de Cool. Broch. in-8° de 115 pages. Thèse de Paris, 1893.

— Les nouveaux hypnotiques. Étude expérimentale et critique, par le D^r Georges Houdaille. 1 vol. in-8° de 240 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1893.

— Headache and other morbid cephalic sensations (Maux de tête et autres sensations morbides du cerveau); par le D^r Harry Campbell. 1 vol. in-8 de 410 pages, cart. à l'anglaise. Londres, H. K. Lewis, 1894.

— La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris. Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée; par le professeur Paul Lefert. 1 vol. in-18 de 285 pages, relié à l'anglaise. Paris, J.-B. Baillière, 1894.

— Clinique des maladies du système nerveux. M. le professeur Chareot. Leçons du professeur, mémoires, notes et observations parus pendant les années 1889-90 et 1890-91, et publiés sous la direction de Georges Guinon. Tome II, 1 vol. in-8° de 482 pages, avec 20 figures et une planche hors texte. Paris, bureaux du *Progrès médical*, 1893.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 29 décembre 1893* : M. JOSSERAND, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est nommé directeur de l'asile de Bron (Rhône) ;

M. le D^r GRISSEZ, ancien député, est nommé directeur de l'asile du Mans.

— *Arrêté du 22 janvier 1894* : M. le D^r CHARDON, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 francs), pour prendre rang à partir du 1^{er} février 1894 ;

MM. les D^{rs} MARCEL BRIAND, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et BOUDRIE, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (7,000 francs), pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1894.

— *Arrêté du 22 mars 1894* : M. le D^r BELLETRUD, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), est nommé médecin en chef de l'asile du Mans, en remplacement de M. le D^r Fabre, décédé.

— *Arrêté du 31 mars 1894* : MM. DENIZOT, directeur de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), les D^{rs} PH. REY, médecin en chef de l'asile de Marseille, FEBVRE, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, MARTINENQ, médecin-directeur de l'asile de Dury (Somme) et PILLEYRE, médecin-directeur de l'asile de Prémontre (Aisne), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (7,000 francs) ;

M. le D^r ROUILLARD, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 francs) ;

M. le D^r PACTET, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 francs).

— *Arrêté du 24 avril 1894* : M. le D^r SÉRIEUX, médecin-adjoint à l'asile de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 francs), pour prendre rang à partir du 1^{er} avril 1894.

— *Décret du 1^{er} mai 1894* : M. le D^r RAYMOND (Fulgence) est nommé professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, à dater du 1^{er} novembre 1894.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Conditions du concours.

Le concours est régional ; il y a autant de régions que de Facultés de médecine de l'État.

La circonscription de chaque région est composée comme il est indiqué ci-après.

Les candidats doivent être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'État.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Ils ne devront pas être âgés de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme internes soit dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit dans un hôpital où ils auraient été appelés à ces fonctions par la voie du concours. A l'égard des anciens internes des hôpitaux, la limite d'âge maxima peut être, sur demandes et par décisions individuelles, reculée jusqu'à trente-cinq ans en faveur de ceux qui auraient plus de trente-deux ans à la date du concours.

Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses diplômes et états de services quelconques.

Les candidats sont libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre de ces régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

A titre exceptionnel et s'il y avait urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure se réserve la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le commanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Les médecins adjoints peuvent être nommés médecins en chef ou directeurs médecins dans toute la France.

Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1° De trois directeurs médecins ou médecins en chef de la région ;

2° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine ;

3° D'un professeur désigné par la faculté de médecine de la région.

Les directeurs médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière peuvent, pour la région de Paris, être également appelés par la voie du sort à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs médecins et les médecins en chef des asiles publics de cette région.

Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats.

Le maximum des points sera de 30.

2° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation.

Le maximum des points sera de 20.

3° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition.

L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal.

Le maximum des points sera de 30.

4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande.

Le maximum des points sera de 10.

Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Un concours aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux le 1^{er} juin.

prochain ; à Paris, Nancy et Toulouse le 4, et à Montpellier le 7 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès qui pourront être déclarés admissibles est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

Les docteurs en médecine satisfaisant aux conditions ci-dessus indiquées et qui désirent subir les épreuves devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre des régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1^{er} bureau), de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 21 mai prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, accompagnée des pièces énumérées ci-dessus, doit indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'intérieur à y prendre part seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet de l'endroit où siègera le jury et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Par suite de la création d'une nouvelle Faculté de médecine à Toulouse, quelques modifications ont été apportées, par un arrêté ministériel en date du 19 avril 1894, à la répartition des départements entre chaque région. Nous résumons ainsi qu'il suit le nouveau tableau :

La circonscription de la *Faculté de médecine de Paris* comprend les asiles suivants : Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif (Seine) ; Alençon (Orne) ; Bonneval (Eure-et-Loir) ; Saint-Yon et Quatre-Mares (Seine-Inférieure) ; Evreux (Eure) ; Saint-Méen (Ille-et-Vilaine) ; Saint-Athanase (Finistère) ; Lesvellec (Morbihan) ; La Roche-sur-Yon (Vendéc) ; Breuty (Charente) ; Lafond (Charente-Inférieure) ; Sainte-Gemme (Maine-et-Loire) ; La Roche-Gandon (Mayenne) ; Le Mans (Sarthe) ; Blois (Loir-et-Cher) et Bourges (Cher).

Celle de la *Faculté de Lille* comprend les asiles suivants : Armentières et Bailleul (Nord) ; Saint-Venant (Pas-de-Calais) ; Dury (Somme) ; Prémontré (Aisne) et Clermont (Oise).

Celle de la *Faculté de Nancy* comprend les asiles de : Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; Dôle (Jura) ; Châlons (Marne) et Fains (Meuse).

Celle de la *Faculté de Lille* comprend les asiles de : Bron (Rhône) ; Dijon (Côte-d'Or) ; Saint-Dizier (Haute-Marne) ; La

Charité (Nièvre); Auxerre (Yonne); Saint-Robert (Isère) et Bassens (Savoie).

Celle de la *Faculté de Bordeaux* comprend les asiles de : Bordeaux et Cadillac (Gironde); Saint-Luc (Basses-Pyrénées) et Naugeat (Haute-Vienne).

Celle de la *Faculté de Toulouse* comprend les asiles de : Bracquerville (Haute-Garonne); Auch (Gers); Saint-Lizier (Ariège); Sainte-Catherine (Allier); Saint-Alban (Lozère) et Rodez (Aveyron).

Enfin, la circonscription de la *Faculté de Montpellier* comprend les asiles suivants : Aix et Saint-Pierre (Bouches-du-Rhône); Pierrefeu (Var) et Montcvergues (Vaucluse).

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a reçu, dans sa séance du 6 mars 1894, communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour concourir aux prix proposés pour l'année 1894; dans la même séance, elle a procédé à la nomination des Commissions de ces prix. Nous donnons ci-après les renseignements concernant la médecine mentale et nerveuse.

PRIX ALVARENGA DE PIÁUHY (BRÉSIL). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine. Treize mémoires ont été envoyés parmi lesquels nous relevons :

N° 3. L'opium. Ses abus, mangeurs et fumeurs d'opium, morphinomanes, par le D^r Ernest Martin, de Paris.

N° 11. Contribution à l'étude de l'hyperthermie centrale consécutive aux lésions de l'axe cérébro-spinal, en particulier du cerveau, par le D^r Félix Guyon, de Paris.

Commission : MM. Riche, Lereboullet et Berger.

PRIX BAILLARGER. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

N° 1. Devise : « *Fac et spera.* »

N° 2. Histoire de la section des enfants de Bicêtre. Histoire de la fondation Vallé, par le D^r Bourneville, de Paris.

Commission : MM. Potain, Luys et Duguet.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.*

N° 1. Devise : « *Non seulement les mots, mais aussi les gri-*

maces de ces gens-là se considèrent et mettent en compte. » (Montaigne).

Commission : MM. Empis, Lancereaux et Magnan.

PRIX FAIRET. — Question : *Les somnambulistes.*
Néant.

Commission : MM. Besnier et Mesnet.

PRIX ERNEST-GODARD. — Au meilleur travail sur la pathologie interne. Douze ouvrages ou mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 1. *Les morphinomanes. Étude clinique, médico-légale et thérapeutique*, par le D^r Chambard, médecin de l'asile public d'aliénés de Beanregard, près Bourges.

Commission : MM. Le Dentu, Magitot et Landouzy.

PRIX ITARD. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Huit ouvrages ont été envoyés, parmi lesquels se trouve le suivant :

N° 1. *Les rêves. Physiologie et pathologie*, par le D^r Th. Tissié, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Commission : MM. Polaillon, Bucquoy et Chauveau.

PRIX SAINTOUR. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine. Quarante-quatre travaux ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 5. *Étude médico-légale sur le secret professionnel*, par Paul Verwaert, docteur en droit, Paris.

N° 6. *De la méningite tuberculeuse chez l'enfant*, par le D^r Schoul, de Troyes.

N° 13. *État mental des hystériques, les accidents mentaux et les stigmates*, par le D^r P. Janet, de Paris.

N° 14. *La moelle épinière et l'encéphale*, par le D^r Debierre, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

N° 31. *De la méningo-myélite syphilitique*, par le D^r Henri Lamy, de Paris.

N° 35. *L'idiotie. Héritéité et dégénérescence mentale*, par le D^r Jules Voisin, de Paris.

Commission : MM. Colin (Léon), Lannelongue et Debove.

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS AU CONSEIL D'ÉTAT

On sait quels sont les pouvoirs très étendus que les préfets tiennent de la loi de 1838 pour ordonner le placement d'office

dans un asile des individus dont l'état d'aliénation « compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ». Quand un préfet use de ce droit, il réclame le remboursement des frais d'entretien au département où l'aliéné a conservé son domicile de secours.

Le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, vient de décider que ce département, pour se soustraire à cette obligation de remboursement, ne peut en aucun cas contester l'opportunité de la séquestration; il ne serait pas admis à se prévaloir d'un désaccord entre les médecins aliénistes. La voie même du recours pour excès de pouvoir contre la décision préfectorale ne lui est pas ouverte, et il n'est pas recevable à soutenir que l'état de l'aliéné n'est pas de nature à compromettre la santé publique.

C'est l'autorité judiciaire qui a été chargée par la loi de 1838 de recevoir la requête des personnes auxquelles appartient le droit de réclamer la sortie d'un aliéné. Parmi ces personnes ne figure pas le préfet du département pécuniairement intéressé. Il en résulte que ce département ne pourrait se décharger de l'obligation qui lui incombe qu'en démontrant que l'aliéné n'a pas conservé chez lui son domicile de secours. (*Le Temps*, numéro du vendredi 27 avril 1894.)

ENSEIGNEMENT

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. le D^r SAMUEL GARNIER, médecin-directeur de l'asile de Dijon, a repris, le 24 avril dernier, ses conférences pratiques sur l'aliénation mentale et les continuera tous les samedis, à 9 h. 1/2 du matin, pendant le semestre d'été.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIX^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES.
La proposition de loi sur le régime des aliénés, présentée par MM. Joseph Reinach et Ernest Lafont, députés; par M. le D ^r Giraud.	185
Le nouveau rapport de M. Ernest Lafont sur le projet de revision de la loi du 30 juin 1838; par le D ^r Giraud.	361

II. — Psychologie.

Edgard Poë. Etude de psychologie morbide; par le D ^r Paul Moreau (de Tours).	5
---	---

III. — Pathologie.

De la peptonurie chez les aliénés; par le D ^r A. Lailler.	27
Contribution à l'étude clinique de la kleptomanie; par les D ^{rs} Fr. Boissier et G. Lachaux.	42
Curieuses érotomanies; par le D ^r Hospital.	55
Contribution à l'étude de la démence précoce; par le D ^r Vigoureux.	62
De l'hypothermie chez les aliénés; par le D ^r J.-B. Bouchand.	194
De la paralysie générale chez la femme. Étiologie et clinique; par le D ^r Idanow.	382

IV. — Archives cliniques.

89. — Impulsions homicides consécutives à la lecture d'un roman passionnel chez un dégénéré; par L. Daguillon.	458
--	-----

V. — Revue critique.

Automatisme ambulateur; par le D ^r René Semelaigne.	71
Des conditions de la contagion mentale morbide par le D ^r Marandon de Montyel.	266 et 467

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 30 octobre 1893. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Larroussinie, Pactet, Tuzek, Silvio Venturi,

	PAGES
Morselli, Oscar Giacchi, Falret. — Mort de M. Blanche : MM. Christian, Ritti	88
<i>Séance du 13 novembre 1893.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Berbez, Febvre, Pierre Janet, Azzurri. — Election de la Commission des membres titulaires. — Particularité observée chez certains paralytiques généraux : M. Charpentier. — Du réflexe pharyngien, chez les malades atteints de la paralysie générale des aliénés : MM. Joffroy, Aug. Voisin, Rouillard, Christian. — Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de langue française pour 1894	90
<i>Séance du 27 novembre 1893.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Menriot, Tuczek, Naecke, Vallon, Christian. — Mort de MM. Etoc-Demazy et Labitte : M. Christian. — Rapport de M. Vallon sur les candidatures à quatre places de membres titulaires : élection de MM. Febvre, Klippel, Sérieux et Pactet. — Rapport médico-légal sur un exhibitionniste : MM. Paul Garnier, Charpentier, Aug. Voisin.	93
<i>Séance du 11 décembre 1893.</i> — Correspondance : MM. Febvre, Klippel, Pactet, Sérieux. — Rapport de M. Féré sur la candidature de M. Naecke : élection. — Rapport de M. Chastin sur la candidature de M. Tuczek : élection. — Election du Bureau de 1894. — Note sur deux cas de lésions organiques du cœur chez les aliénés : MM. Christian, Charpentier, Aug. Voisin. — Ordre du jour : M. Falret.	104
<i>Séance du 29 janvier 1894.</i> — A propos du procès-verbal : M. Ritti. — Installation du bureau : MM. Christian, Aug. Voisin. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Tuczek, Naecke, Bournet, Maupâté, Gorodichze, J. Martin. — Buste de Baillarger : M. Auguste Voisin. — Nomination de la Commission du prix Esquirol. — Réflexes pharyngien et massétérin dans la paralysie générale : MM. Paul Sollier, Joffroy, Aug. Voisin, Ballet, Christian, Marandon de Montyel. — Des obsédés anxieux sans tare névropathique héréditaire ou acquise, tout au moins pendant le jeune âge : MM. Gorodichze, Briand, Ballet, Arnaud, Joffroy, Aug. Voisin. — Rapport sur un ouvrage de M. Azzurri : M. Chastin.	294
<i>Séance du 26 février 1894.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Bonchaud, Paul Aubry. — Rapport de la Commission des finances : M. Mitivié — Rapport de M. Gilbert Ballet sur la candidature de M. Gorodichze : élection. — Rapport de M. Paul Dubuisson sur la candidature de M. Bournet : élection. — Rapport de M. Séglas sur la candidature de M. Joannès Martin : élection. — Des variétés cliniques du délire de persécution (<i>suite</i>) : MM. Falret, Joffroy, Arnaud, Paul Garnier, Briand. — Étude statistique des modifications de la réactivité dans les différentes périodes de la paralysie générale : MM. Briand, Ballet	488
<i>Séance du 12 mars 1894.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Gorodichze, Bournet, Joannès Martin, Legrain. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Bonchaud : élection. — Contribution à l'étude des réflexes tendineux dans la paralysie générale d'origine alcoolique : M. Déricq	515

II. — Revue des journaux de médecine.**JOURNAUX ALLEMANDS (1891).**(Anal. par le D^r AL. ADAM.)

	PAGES.
Cas de paralysie de Brown-Séquard.	114
Cas de paralysie générale aiguë.	115
Altération des couches optiques dans la paralysie générale.	116
De la dyslexie.	118
Polyencéphalite supérieure et inférieure, et polymyélicite antérieure consécutifs à l'influenza.	119
Pathologie et physiologie du réflexe anal.	121
Troubles vaso-moteurs et de la sensibilité dans la paralysie faciale rhumatismale.	122
Formes rares d'abaisse sensorielle	123
Chorée héréditaire.	124 et 125
Gymnastique par suggestion.	128
Troubles visuels provoqués par les tumeurs cérébrales	129
Conscience musculaire de Duchenne.	130
Étiologie de la paralysie faciale périphérique.	130
Syphilis du système nerveux central affectant la forme de paraly- sie tabétique.	131
Lésions syphilitiques du système nerveux central.	133
Anatomie pathologique de la paralysie générale.	135
Sulfate de iodoquinine dans le traitement des maladies mentales	136
Circulation sanguine du cerveau pendant les attaques épileptiques.	139
Anomalies dans la disposition des fibres nerveuses avec moelle se- condaire surnuméraire partielle chez un paralytique.	141

JOURNAUX ANGLAIS (1891).(Anal. par le D^r POISS.)

Morale appliquée à la criminologie.	317
Circulation du sang et de la lymphe dans le crâne pendant le som- meil et la veille	318
Vices dans le fonctionnement de la loi sur les aliénés.	321
Folie stupide déterminée par les pratiques hypnotiques.	321
Cas de folie homicide et suicide	322
Cas de démence aiguë.	323
Vices de langage chez les enfants et leur traitement.	324
Manie et mélancolie.	324
Le chef d'aliénation mentale.	327
Cas de folie délusionnelle	328
Apparences nécropsiques de certaines parties du système nerveux dans un cas d'hémiplégie avec contracture.	329
Emploi et abus de l'hyoscine.	329
Faculté arithmétique et son altération dans l'imbécillité et la folie.	330
Pathologie de la mort subite dans la manie.	332
Dégénération tuberculeuse des capsules surrénales sans coloration bronzée	333
Discours présidentiel de l'Association médico-psychologique	333
Hôpitaux pour le traitement des aliénés	335
Influence du milieu sur la production de la folie	336
Assistance, après leur sortie des asiles, des aliénés guéris.	337

III. — Bibliographie.

	PAGES
Dégénérescence; par Max Nordau (Anal. par le D ^r Ant. Ritti) . . .	143
L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale; par le D ^r Em. Dortel (Anal. par le D ^r Camuset)	147
Etude sur l'action physiologique de l'électricité statique; par le D ^r Ch. Damiau (Anal. par le D ^r Camuset)	151
Les nouvelles recherches sur les éléments nerveux; par J. Dagonet (Anal. par Jules Soury)	153
Le Code pénal d'Italie (30 juin 1889) et son système pénal; par La Paoli (Anal. par le D ^r Camuset)	339
Syphilis et paralysie générale; par le D ^r Deugler (Anal. par le D ^r Camuset)	341
La grippe et l'aliénation mentale; par le D ^r Leledy (Anal. par le D ^r Camuset)	343
De l'idée de persécution dans la mélancolie et dans le délire de persécution; par le D ^r Bfin (Anal. par le D ^r Camuset)	346
Influence du travail intellectuel sur les variations de quelques éléments de l'urine à l'état physiologique; par le D ^r H. Thorion (Anal. par J. Soury)	349
Anévrysme aortique et folie; par le D ^r Julius Mickle (Anal. par le D ^r Journaic)	351
CORRESPONDANCE. — I. Esprit et matière: MM. Bernheim et Jules Soury. — II. De la peptouric chez les aliénés: MM. Marro et Lailier	520
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	154, 351 et 525

IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations: MM. Chaussinand, Broquère, Horrie, Lagier. — Nécrologie: Etoc-Demazy. — Le martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de l'Académie des sciences. — La revision de la loi sur les aliénés à la Chambre des députés. — Projet de création d'un asile spécial pour les alcooliques. — L'alcool et l'opium au point de vue des crimes et de l'aliénation mentale. — Faits divers. — Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Clermont-Ferrand (1894). — Concours de la Société mentale de Belgique	156
Nominations et promotions: MM. Christian, Paul Garnier, Biane, Klippel, Serveaux, Sauvinau. — Circulaire ministérielle sur les retenues, sur les avantages en nature. — Une enquête sur le suicide. — Difficultés administratives dans les asiles d'aliénés de l'Etat de New-York. — Faits divers. — Monument à élever à la mémoire de J.-M. Charcot. — Rectification	353
Nominations et promotions: MM. Jossierand, Grisez, Chardon, Marcel Briand, Bondrie, Belletrud, Denizot, Ph. Rey, Febvre, Martinenq, Pilleyre, Rouillard, Pactet, Sérioux, Raymond. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. — Prix de l'Académie de médecine. — La loi sur les aliénés au Conseil d'Etat. — Enseignement: M. Sannet Garnier	526
Table des matières du tome XIX de la huitième série	533

Le Rédacteur en chef-Gérant: ANT. RITTI.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.